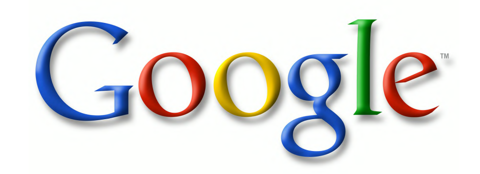
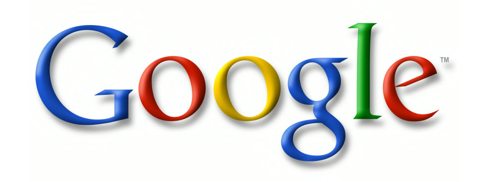
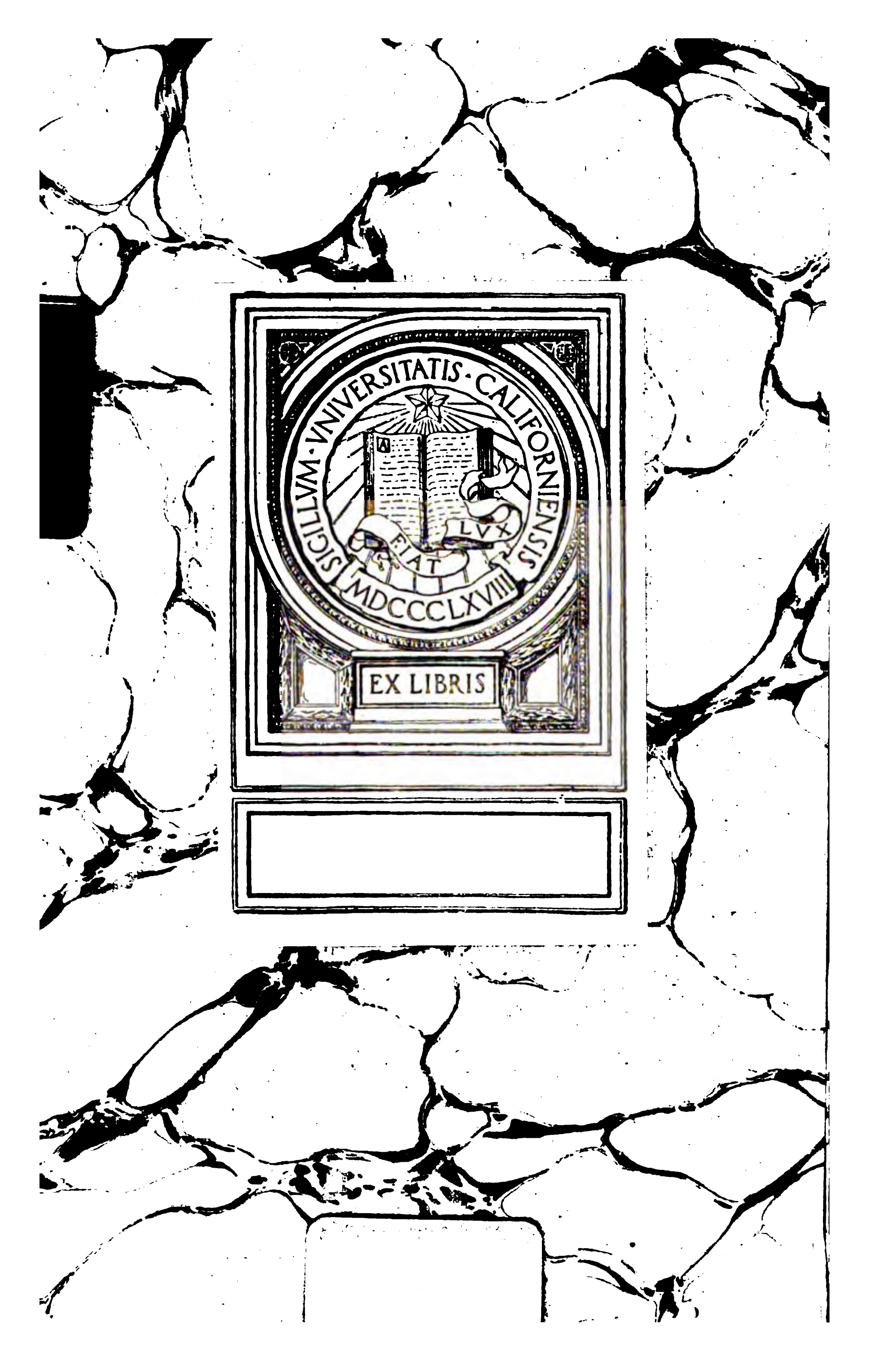
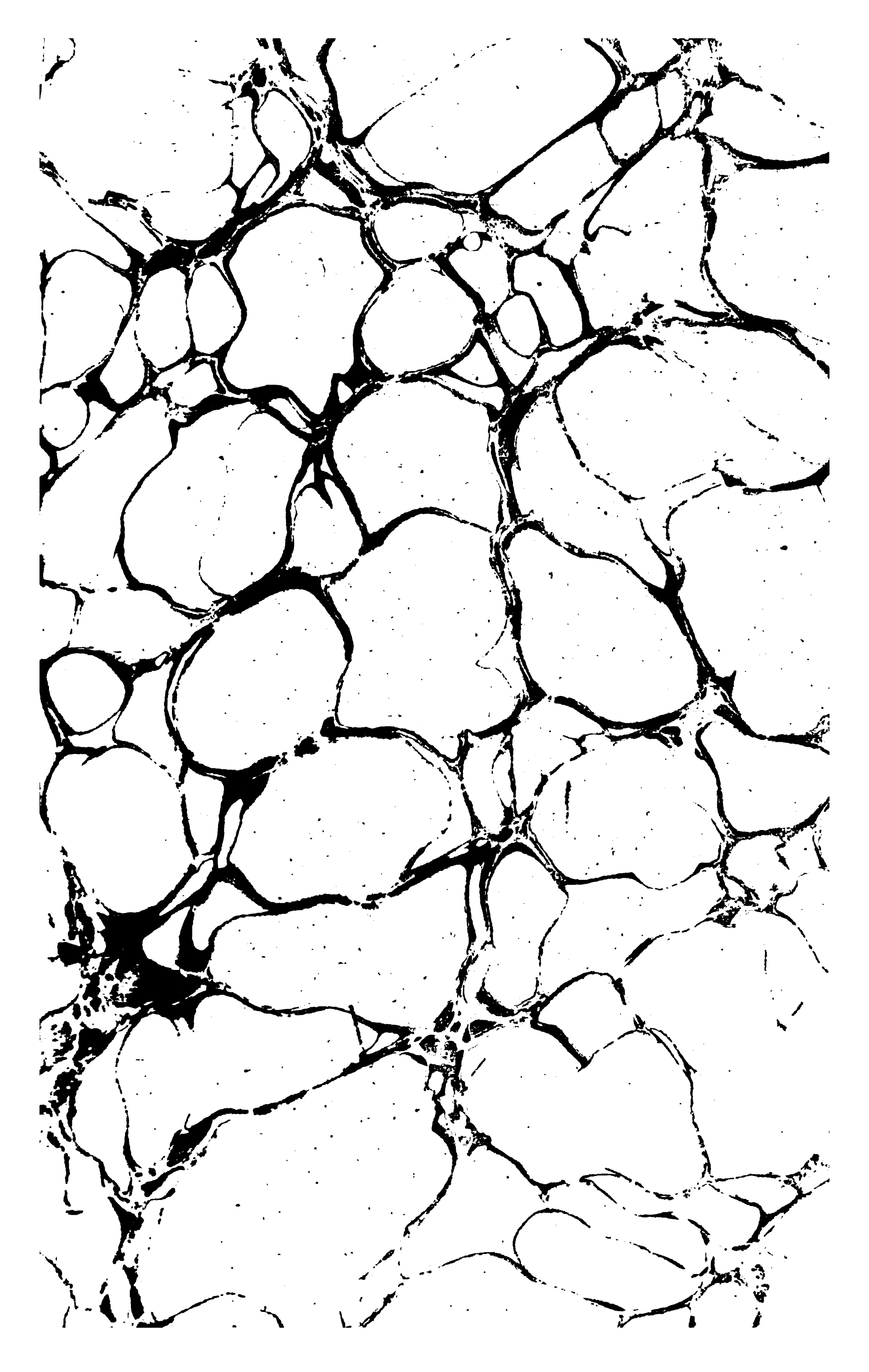





SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

N° 160. — IMPRIMERIE DES ENFANTS DE BICÊTRE.

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE
DES ENFANTS IDIOTS, ÉPILEPTIQUES **ET ARRIÉRÉS DE**
BICÊTRE PENDANT L'ANNÉE 1892

PAR

BOURNEVILLE
MÉDECIN DE BICÊTRE

Avec la collaboration de

MM. DAURIAC, FERRIER ET NOIR.
INTERNES DU SERVICE.

Volume XIII.
Avec 37 figures dans le texte et 15 planches.



PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14.

FÉLIX ALCAN
ÉDITEUR
108, Boulevard St Germain, 108.

1893

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1892.

(Bicêtre et Fondation Vallée.)

PREMIÈRE PARTIE

SECTION I : **Bicêtre.**

Histoire du service pendant l'année 1892.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

La quatrième section du quartier des aliénés de l'hospice de Bicêtre, est, on le sait, spécialement consacrée aux enfants. Les enfants y sont répartis en trois groupes : 1° Les *enfants idiots*, *gâteux*, *épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES; — 2° les *enfants idiots*, *gâteux* ou *non*, mais VALIDES; — 3° les *enfants propres*, VALIDES, *imbéciles*, *arriérés*, *instables*, *pervers*, *épileptiques*, *et hystériques* ou *non*.

I. *Enfants idiots*, *gâteux*, *épileptique s* ou *non*, mais INVALIDES. — Ils se subdivisent en deux catégories : la première est composée des idiots gâteux, ne parlant, ni ne marchant. La plupart d'entre eux, cependant, contrairement à l'opinion commune sont susceptibles d'amélioration. On leur apprend à se tenir debout à l'aide des barres parallèles que nous avons décrites précédemment, à marcher, soit en les tenant sous les bras, soit à l'aide du charriot. On fortifie leurs membres en les fléchissant et les étendant alternative-

ment, en leur faisant des frictions stimulantes. En même temps, ces enfants soumis à un traitement tonique (bains salés, fer, huile de foie de morue, etc.) Dès qu'ils sont capables de marcher, ils sont envoyés à la petite école, d'abord le matin pendant quelque temps, puis toute la journée aussitôt que leurs forces le permettent. Quatre enfants ont appris à marcher : Baud., Berta.., Charma.., Leser... — La seconde catégorie comprend des idiots tout à fait incurables et des enfants atteints d'épilepsie devenus gâteux ou déments sous l'influence des accès ou des poussées congestives qui les compliquent. Ils ne sont plus, en général, que l'objet de soins hygiéniques.

II. *Enfants idiots, gâteux ou non gâteux, épileptiques ou non*, mais VALIDES (*Petite École*). — Ces enfants fréquentent la petite École confiée exclusivement à des femmes. 213 enfants ont été inscrits dans l'année. Sur ce nombre, un seul est décédé, cinq sont sortis définitivement, neuf sont passsés à la grande École, un est passé aux adultes et deux ont été transférés. Sur les 195 enfants qui restaient au 31 décembre 1892, 40, au réfectoire, se servent de la cuiller; 85 de la cuiller et de la fourchette; 70 de la cuiller, de la fourchette et du couteau. 14 enfants sont devenus propres dans le courant de l'année (1). Tous les enfants de la petite École sont exercés à la gymnastique Pichery, sauf six, trop infirmes pour pouvoir y participer. Parmi eux, cinq suivent en outre les exercices de la grande gymnastique. 20 enfants ont été envoyés aux ateliers comme apprentis; ils se répartissent ainsi : tailleurs, 14; cordonniers, 4; vanniers, 2.

Le *traitement du gâtisme*, qui consiste à placer les gâteux à des heures régulières sur des sièges d'aisan-

(1) Bign.., Boy.., Dav.. (Léon), Dur.., Bea.., Misb.., Thouy.., Dupon.., Luma.., Boiv.., Rog.., Bill.. Peti.., Camu...

ces; les *leçons de toilette* (lavage de la figure, des mains, entretien de la chevelure, cirage des souliers, etc.), les *exercices des mains* (fermer, ouvrir les mains, agiter les doigts, les allonger, les étendre et les plier simultanément ou isolément, l'exercice de la brouette, du passe boule, etc.); la *gymnastique*, les *leçons de choses*, l'*éducation des sens* (tableaux et cartons de couleurs, gamme de sonnettes, flacons de diverses odeurs, etc.), l'*éducation de la parole* (exercices de prononciation), les *promenades* avec *interrogations*, etc., constituent comme toujours la base de l'enseignement (1).

III. *Enfants propres et valides, imbéciles, arriérés instables, pervers, épileptiques et hystériques ou non. Grande école.* — La population de cette école était de 203 enfants au 1er janvier 1892 et de 209 au 31 décembre de la même année.

Nous avons continué l'emploi des mêmes procédés que les années précédentes, cherchant toujours à matérialiser en quelque sorte l'enseignement. Parmi les améliorations de l'année nous citerons les suivantes: 1° organisation d'une classe spéciale de *dessin* le jeudi matin, sous la direction de M. Boyer. M. Carriot, directeur de l'Enseignement primaire du département de la Seine, a bien voulu nous adresser les tableaux programmes servant à l'enseignement du dessin; 2° organisation d'une *Société de Jeux* sous la direction de M. Boyer. Les membres de cette petite société paient une cotisation mensuelle de 0 fr. 25 pour l'achat de jouets collectifs. Le but de cette création est de contribuer à l'occupation constante des enfants, de les inté-

(1) Voir pour les détails les *Comptes rendus* précédents et surtout ceux de 1884, p. II; 1886, p. V; 1887, p. IV; 1888, p. IV. — Pour le traitement de la bave, nous avons employé avec assez de succès des bâtonnets de bois de réglisse, d'abord assez gros, puis plus petits. Nous nous proposons de recourir à l'électricité du muscle orbiculaire des lèvres.

resser à la conservation des objets qu'ils ont achetés eux-mêmes, et dont ils prennent plus de soin que de ceux qui leur ont été fournis par l'Administration. La société, fondée en avril 1892, a fonctionné jusqu'au mois de novembre ; elle comptait alors 44 sociétaires. A partir de cette date le temps ne permettant plus les jeux en plein air, les exercices de la société reprendront au printemps prochain. Voici un aperçu de ce qui a été fait.

Les enfants ont versé comme cotisation 56 fr. 45. Il a été acheté 1 ballon, 4 tambourins, 8 balles, un arc, 34 balles en peau et 2 fanions. La société a en outre donné une subvention de 5 fr. à la fête du 24 juillet et une autre de 10 fr. à la fête du 24 septembre. La menuiserie des enfants a confectionné pour la société 24 boucliers en bois. Les dépenses faites s'étaient élevées à la somme de 43 fr., il reste en caisse au mois de novembre, 13 fr. 45.

Nous devons une mention spéciale aux *courses à pied* qui ont eu lieu dans la cour de l'Hospice avec les enfants valides des deux écoles.

3° Les maîtres ont pris possession du *musée scolaire* au point de vue de l'enseignement à l'aide des *projections* à la lumière oxhydrique. Auparavant l'enseignement se faisait au gymnase couvert dans des conditions assez mauvaises ; maintenant il pourra se faire dans d'excellentes conditions. L'Administration a acheté un nouvel appareil (30 mars).

4° Création d'une caisse d'épargne scolaire confiée à l'un des instituteurs, M. Mesnard. A la date du 31 décembre, les 53 participants avaient versé 145 fr. 70.

5° Pour obtenir une plus grande régularité dans les mouvements d'ensemble, M. Goy, professeur de gymnastique, a eu l'heureuse idée de les faire accompa-

gner par le tambour. Les *exercices de gymnastique* se font toujours d'une façon très régulière et avec succés. 40 enfants ont pris part à une grande conférence pratique de gymnastique au palais du Trocadéro. Ils ont exécuté des mou vements avec les xylofers et accompagnement de musique. Ils ont également participé au festival de gymnastique organisé dans la commune, où ils ont obtenu une palme en vermeil, et à une course pédestre communale.

La part importante qu'occupent les *exercices physiques* dans le *traitement médico-pédagogique* des enfants de notre service a attiré l'attention de ceux qui se préoccupent de ce qu'on appelle aujourd'hui *l'éducation physique*. M. Gaufrès, ayant été délégué par le Conseil général au Congrès des exercices physiques qui a eu lieu à Paris au printemps dernier, a bien voulu nous demander des renseignements sur ce que nous faisions à Bicêtre. Pris de court nous n'avons pu que lui envoyer le résumé très sommaire qui suit :

« L'éducation physique est une des préoccupations constantes du chef de service et de son personnel. Elle tient une large place dans l'emploi du temps des écoles (grande école et petite école pour les garçons, fondation Vallée pour les filles). »

Danse. — C'est ainsi que dès le matin, aussitôt après les soins de propreté, les douches et le petit déjeuner, les enfants dansent de 7 à 8 h. sous la direction d'un instituteur, assisté de deux violonistes. A cette leçon prennent part, par groupe de 20, tous ceux dont les infirmités n'apportent pas trop d'obstacle à cet exercice.

Gymnastique. — A 8 heures, gymnastique proprement dite sous la direction d'un professeur, consistant en mouvements d'ensemble et d'assouplissement avec ou sans barres à sphère et haltères, avec accompagnement de chants spéciaux ou de musique instrumentale (1), en exercices aux agrès, lesquels

(1) Nous avons fait composer à l'imprimerie des enfants, deux *Recueils de chants* pour la gymnastique, les jeux et différents exercices scolaires.

sont très complets à Bicêtre: appareil à contre poids, de rotation, échelle horizontale, échelles orthopédiques, concave et convexe, poutre, tremplin, cheval de bois, barres parrallèles, barre fixe, vindas, balançoires et portique ordinaire.

Concours de gymnastique. — Les enfants prennent part à tous les concours de gymnastique qui ont lieu, soit à Paris, soit aux environs; ils ont remporté, depuis 1879, 14 médailles et une palme de vermeil. Dernièrement, au Trocadéro, l'Association régionale de tir et d'exercices gymnastiques, les a invités pour exécuter des mouvements d'ensemble avec accompagnement de musique, pendant une conférence pratique de M. Sehé, sous-inspecteur de gymnastique; ils y ont obtenu beaucoup de succès.

Leçons en plein air. — Pendant la classe de 9 à 11 heures, lorsque le temps le permet, une division d'élèves assiste à une leçon en plein air sur les travaux des jardins et des champs, dans les diverses plantations du service organisés au point de vue de cet enseignement.

Jeux. — Pendant la récréation de midi, les infirmiers qui mangent en même temps que les enfants dans le but de les diriger dans leurs jeux, distribuent cerceaux, boules, palets, billes, balles et ballons, et engagent tous les élèves à participer aux jeux.

La classe de l'après-midi comme celle du matin donne aussi lieu à des leçons en plein air. De plus, dans la dernière heure, jusqu'au moment du diner, les instituteurs dirigent des jeux d'ensemble, tels que jeux de paume, du cochonnet, de barre, de balle au chasseur, de balle à la crosse, de quilles et de croquet.

Promenades. — Deux fois la semaine, les enfants sont conduits en promenade, sous la conduite des instituteurs, de préférence à la campagne, où les joueurs se donnent libre carrière. De temps en temps, les plus valides sont entrainés dans de longues promenades de 12 kilomètres environ, aller et retour (de Bicêtre à Choisy-le-Roi, à Bourg-la-Reine, à Châtillon, à Bagneux, au bois de Vincennes, à la Fête de la place de la Nation et à différents points du centre de Paris.

Société de jeux. — La Fanfare exclusivement composée des enfants de la Section soutient les marcheurs en jouant de temps en temps des pas redoublés et des marches militaires

Dans l'intervalle les enfants chantent pour conserver le pas. Tout récemment les instituteurs ont organisé pour les enfants une *Société de jeux* afin de régler leur activité et de leur apprendre les nouveaux jeux préconisés par la ligue nationale d'Education physique dont ils font partie depuis 1887.

Escrime. — Après le diner qui a lieu à 5 heures, leçons d'escrime par séries de 20 sous la direction d'un maître d'armes du fort de Bicêtre.

Travaux manuels. — Les travaux manuels ont lieu toute la journée dans les ateliers de menuiserie, serrurerie, imprimerie, couture, cordonnerie, vannerie, rempaillage et brosserie. Les enfants sont divisés en deux séries qui se rendent à tour de rôle aux ateliers et en classe.

Travaux ménagers. — Pour ne pas laisser inoccupés les enfants valides on les fait participer, durant les récréations, aux travaux de nettoyage, de transport du linge, frottage des salles, et nettoyage du réfectoire.

Gymnastique Pichery. — Les enfants de la petite école sont surtout exercés au point de vue de l'éducation des sens. Leur gymnastique est celle du système Pichery (gymnastique de l'opposant). On les exerce au moyen d'un escabeau à sauter de la hauteur d'une marche d'abord, puis de 2, etc... Un chariot particulier et un système de barres parallèles à hauteur variable servent à exereer les plus invalides aux premiers mouvements des jambes et des bras.

Les jeux usités en récréation, sous la direction des maîtresses, sont appropriés à leur âge : les enfants jouent au tonneau, au passe-boules, au cerceau, au postillon, aux volants, aux grâces, à la corde, etc.... Des brouettes de toutes grandeurs sont données aux élèves, pour leur apprendre des notions d'équilibre et en même temps, les exercer à porter de petits fardeaux (linge, sable, etc...).

Gymnastique des filles. — Les filles de la Fondation Vallée suivent des cours réguliers de gymnastique proprement dite sous la direction d'un maitre. Les plus jeunes sont exercées à la gymnastique de l'opposant. Les jeux sont ceux de leur sexe, tels que, cordes, guides, volants, cerceaux, ballon, croquet, grâces et aussi jeux de tonneau et de passe-boules, pour l'éducation de l'œil et de la main.

Les travaux manuels consistent chez elles en couture, repassage et soins du ménage. Comme les garçons, elles vont toutes les semaines en promenade dans les environs. »

Dans son discours au Congrès, M. Gaufrès s'est exprimé ainsi qu'il suit au sujet de la pratique déjà ancienne qui existe à Bicêtre :

« Ce qui n'est pas d'un moindre intérêt, ni d'une moindre hardiesse, c'est la culture intensive donnée au développement physique de ce groupe important d'enfants arriérés relevant non du département, mais de l'administration connexe de l'Assistance publique, et formant à Bicêtre l'École des Enfants idiots et épileptiques, placée sous la direction de M. le Dr Bourneville. Il y a quatre à cinq cents enfants qui ne pouvant suivre, et pour cause, de longues études, sont occupés, presque toute la journée à des jeux et exercices de plein air, et à des travaux qui sont aussi des exercices : danse, gymnastique proprement dite, avec ses appareils variés, escrime pour les garçons, promenades pour les élèves des deux sexes, travaux manuels et domestiques, leçons au jardin toutes les fois que le temps le permet, mouvements et marches avec chants. C'est par ces moyens qu'on occupe les heures de ces pauvres enfants, qu'on égaie leurs journées, qu'on développe leurs forces, qu'on éveille leur esprit. C'est là de la gymnastique éducative au premier chef et ces enfants en profitent car ils sont en état de prendre part à des concours institués pour des élèves normaux, ils y recueillent des couronnes ; ils y ont été récemment applaudis au Trocadéro. »

La *fanfare* a continué de fonctionner régulièrement durant l'année 1892. Elle a participé au concours musical du XXe arrondissement (2me prix de lecture à vue, médaille de vermeil ; 2e prix d'exécution, médaille de vermeil) ; au concours festival organisé par la commune de Gentilly (palme et médaille de vermeil). Elle a donné deux fêtes à l'hospice d'Ivry, s'est fait entendre à la distribution des diplômes aux Écoles municipales d'infirmières, a prêté son concours aux fêtes données dans l'hospice de Bicêtre et dans le quartier. — La société a acheté sur sa caisse

un tronbone et un drapeau-fanion en soie. Le compte rendu financier ci-après donne une idée de son fonctionnement.

« Le nombre d'enfants faisant partie de la Fanfare s'élève au nombre de 22. La cotisation mensuelle est fixée à 0,50. Il a été versé par les enfants en 1892, en cotisations, la somme

de	112 55
en amendes, celle de	7 70
« En outre, dans les différentes quêtes faites à l'occasion des fêtes et matinées, on a recueilli	111 35
Enfin, le report de l'année 1891 s'élevait à.....	103 90
Soit un total de recettes de ...	335 50
« Il a été dépensé pour achat d'instruments, de costumes, de décors, de morceaux de musique, pour réparations d'instruments, la somme de..	315 20
« Il reste en caisse le 31 décemdre 1892......	20 30
« Depuis que la Société existe, c'est-à-dire depuis le 4 novembre 1888, les recettes se sont élevées à	1319 75
les dépenses à	1299 45
d'où nn excédent des recettes de	20 30

Les instituteurs ont présenté 5 enfants aux examens du certificat d'études du canton de Villejuif, 4 d'entre eux (Beauj..., Dav..., Eck..., From...) ont été reçus ainsi que 4 infirmiers et 2 infirmières.

Musée scolaire. — Il s'est enrichi d'une carte en relief (1m60 sur 1m20), pour l'explication des termes géographiques (don de M. Boyer); d'un petit travail mécanique représentant deux voies de chemin de fer avec tous les appareils qui servent aux manœuvres et aux signaux, wagons, aiguilles, disques (don de M. Lafargue); d'un moulin à vent et d'un pressoir (don de M. Boyer); — d'un modèle réduit d'une toiture en zinc (don de M. L. Gay, couvreur de la maison); — d'un renard empaillé (don de M. J. Gay); — d'une petite locomobile, fonctionant avec une lampe à alcool (don de M. Bénard, maî-

tre serrurier). Ces différents dons témoignent de l'intérêt que tout le personnel du service et même de la maison, porte à l'instruction pratique des enfants. Tous ces objets, en effet, servent aux leçons de choses.

Bibliothèque récréative. — Cette bibliothèque installée dans le Musée scolaire et composée de livres amusants s'est enrichie de 145 volumes et de gravures. M. Pinon, directeur de l'hospice, l'a abonnée au *Journal des Voyages*, au *Petit Français illustré* et à l'*École illustré*. Au 31 décembre elle comptait 321 volumes.

Promenades et distractions. — Les enfants de la grande école et ceux de la petite école qui sont propres ont continué à faire de nombreuses promenades soit à Paris, soit dans les communes voisines. Nous croyons inutile d'énumérer les endroits où elles ont eu lieu, car nous en avons maintes fois donné la liste dans les précédents Comptes-rendus. Signalons seulement les promenades à la foire au pain d'épices sur la place de la Nation, où les directeurs de trois théatres forains (MM. Marchetti, Corvi et Laurent) leur ont offert des représentations. Comme d'habitude tous les enfants valides sont allés au Jardin d'acclimatation dont le directeur M. Geoffroy Saint-Hilaire a l'obligeance, chaque année, de nous envoyer des cartes d'entrée(1).

Ces promenades n'ont donné lieu à aucun accident capable d'attirer l'attention et de troubler la tranquillité publique. Le maximum des accès survenus au cours de ces promenades a été de trois. Le nombre des enfants qui y ont pris part s'est élevé jusqu'à 165 à la fois. Malheureusement il est arrivé que leur nombre n'était pas aussi élevé, par suite de l'insuffisance des vêtements de promenade.

(1) Nous demandons également une permission pour les enfants de la Salpêtrière.

Mentionnons enfin les *distractions diverses* communes à tous les enfants valides et partagées par les petites filles de la Fondation Vallée : 1er janvier, distribution de jouets et de bonbons ; en février : matinée drôlatique organisée par les enfants ; grande cavalcade du Mardi-gras dans les cours de l'asile et de l'hospice, promenade en musique dans la commune, grand bal paré et travesti (104 enfants déguisés, 22 de la grande école, 40 de la petite école, 42 de la Fondation Vallée) ; en mars, même distraction pour la fête de la Mi-carême ; matinée donnée par M. et Mlle Darthenay (pupazzi) ; — en juillet, fête du Centenaire des grandes journées de 1792, précédée la veille d'une conférence avec projections lumineuses par MM. Boyer et Mesnard ; matinée musicale et dramatique avec le concours de la fanfare municipale de Gentilly, de la symphonie la Fauvette et de la fanfare des enfants, jeux pour les garçons et pour les filles, retraite aux flambeaux ; les enfants de la Société de jeux sont exercés au jeu de la petite guerre : comme arme défensive ils ont un bouclier en bois, comme arme de jet ils ont deux balles ; concert annuel des frères Lionnet. — En septembre, 40 enfants de la Société de jeux font une marche militaire et parcourent 26 kilomètres ; une voiture de la maison suivait la petite colonne, un seul enfant a dû s'en servir au retour ; — fête du centenaire de la proclamation de la République. Tous les enfants de la section et de la Fondation Vallée y prennent part. Matinée dramatique par les artistes de la Gaité-Montparnasse (1). Courses et jeux collectifs. Retraite aux flambeaux. Feu d'artifice. Les frais ont été couverts par une quête faite parmi les employés et les sous-employés de la maison. — En décembre, matinée en commémoration du 4e anniversaire de la fondation

(1) Les artistes de la Gaité-Montparnasse au nombre de 8 ont prêté leur concours moyennant la modeste somme de 100 francs.

de la Fanfare ; banquet aux membres de la Fanfare. — Les parents des enfants assistent aux matinées dramatiques.

Ces promenades et ces distractions, outre qu'elles font grand plaisir aux enfants, contribuent à leur bien-être physique et servent à leur instruction, les en priver constituent une punition à laquelle ils sont très sensibles (1).

Visites. — Les enfants ont reçu 9.626 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 12.243. Voici la statistique des permissions de sortie et des congés :

Permission de sortie :	1 jour............	109	enfants.
— —	2 —	86	—
Congés..............	3 —	95	—
—	4 —	63	—
—	5 —	468	—
—	8 —	2	—
—	15 —	2	—
—	un mois	3	—
	Total..................	823	—

Nous avons fait remarquer souvent que ces *permissions de sortie* et ces *congés* n'offraient que des avantages. De temps en temps, surtout à l'approche des grandes fêtes où les demandes de congé sont plus nombreuses, nous faisons rappeler aux enfants par leurs maîtres et leurs maîtresses que les permissions seront refusées aux enfants qui se conduiront mal, seront violents, grossiers, menteurs, etc. Grâce à ces avertissements, nous arrivons à mieux maintenir la discipline et il serait certainement possible d'obtenir

(1) Nous rappellerons que les punitions consistent : 1° en privation de vin ; 2° mise en cellule ; 3° suppression de promenades ; 4° suppression de la visite des parents; et 5° des permissions de sortie et de congés Dès qu'un enfant promet sérieusement d'être plus obéissant et de ne pas commettre de nouvelles fautes, la punition est levée.

encore davantage dans cette voie. Nous répétons aussi que ces congés contribuent à maintenir le lien naturel entre les familles et leurs enfants. Ajoutés aux promenades et aux distractions, ces visites et ces congés rendent le séjour de l'asile plus supportable aux malades et rapprochent autant que possible notre section d'un *hôpital* ou mieux encore, d'un *pensionnat ordinaire*.

Vaccinations et revaccinations. — Elles ont été au nombre de 88. Suivant l'habitude, elles ont été pratiquées sous notre direction et celle de nos internes par les élèves de l'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre.

Service dentaire. — Notre ami le Dr Cruet, ancien interne des hôpitaux, continue ses visites bi-mensuelles aux enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière. Les résultats obtenus au point de vue de l'hygiène de la bouche et d'une meilleure dentition des enfants sont excellents.

Bains et hydrothérapie. — Les bains et les douches, joints à la gymnastique et à tous les exercices physiques dont nous avons parlé, les bromures, surtout l'élixir polybromuré de Yvon, le bromure de camphre et les médicaments antiscrofuleux ont continué à être la base du traitement pendant l'année 1892. Voici la statisque des bains et des douches de l'année :

Bains simples	10.517
— salés	5.517
— amidonnés	985
— alcalins	1.399
— de son	142
Total	18.560

Bains de pieds	10.395 (1)
Douches aux enfants	72.252 (2)
Douches à des malades externes	1.475

Améliorations diverses. — La vêture des enfants laisse toujours beaucoup à désirer ainsi que nous l'avons vu à l'occasion des promenades. Il en est aussi de même des ustensiles du réfectoire, et de l'approvisionnement d'eau des cabinets d'aisance. Pose de bancs dans la cour du parloir. L'hiver ayant été très-vigoureux, nous avons eu à nous plaindre plusieurs fois de l'insuffisance du chauffage des classes et des dortoirs. La grande cour du gymnase a été drainée et le gravier renouvelé ; il en est résulté une sérieuse amélioration. Nous avons réclamé une augmentation du traitement de nos instituteurs ; jusqu'à présent ils ne sont assimilés ni aux instituteurs de la ville de Paris, ni aux employés de l'Assistance publique. Nous avons appelé l'attention de l'Administration sur cette situation anormale, et les services qu'ils rendent journellement, dans des conditions beaucoup plus pénibles que celles des instituteurs communaux, méritent qu'on leur accorde les mêmes droits qu'à leurs collègues.

Lors de la visite de la Commission de surveillance et de la visite de la Commission du Conseil général, nous avons réclamé encore une fois la modification du *tramway* du square Cluny à Bicêtre et demandé qu'il vienne passer devant l'hospice même. Cette légère modification rendrait d'incontestables services aux vieillards, aux enfants, aux familles, à tout le personnel de la maison et leur éviterait de faire le trajet de l'hospice à la station, très pénible surtout en hiver.

Visites du service. — La section a été visité en

(1) Les enfants de la Fondation Vallée ont pris 1260 bains de pieds dans le service de Bicêtre.

(2) Les enfants de la Fondation Vallée, à Bicêtre, ont pris 11.388 douches.

1892 par : le Dr Autokratow, Mistress Burgwin, Dr Berlier; M. Marcel Berger, architecte; Dr Bergeon (de Lyon), Dr Canto, M. P. Dreyfus de la *Nation*, Dr Dmitri-Drill, Dr Delasiauve, M. G. Danville, rédacteur au *Courrier du Soir*; Dr Ch. Eloy, Dr A. Frus, directeur de l'Asile des idiots du Danemark; Dr Fourneret; Dr Faucher; Dr Gardiné; M. Gallet; Dr Ghilarducci; Dr J. Gacon, député; Dr Hache; Dr Hilfrich; Mlle Anna Jannoes, (de Christiania) (1); Dr Kœnig; Dr Kratow; Dr E. Lebrun; Mlle Rose Lyon; Dr Le Blond; Dr Lavallée; M. A. Larcher, ingénieur; Dr Mallac; M. Manlock; M. Nesler (de St-Pétersbourg), architecte; Dr Othon de Fschetsott (de St-Pétersbourg); Dr Pojack; Dr Pozzi; Dr V. Péchère; Dr Rosapelly; Dr da Saval; Dr O. Snolfs; Dr Saziée; Dr Targosvla; Dr Teixera Brandao, professeur à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro; Dr Volant; Dr Verhooven; Dr Walter-Chaning (de Boston). — De même que tous les ans la Commission de surveillance des asiles d'aliénés, présidée par M. Barbier, et la Commission d'Assistance publique du Conseil général ont visité le service. — Espérons que ces visites auront des conséquences heureuses et contribueront à rendre plus facile l'organisation de l'assistance des Enfants idiots et épileptiques, aussi bien en France qu'à l'étranger !

Musée pathologique. — Le musée, placé sous la surveillance de notre ancien interne, M. le Dr P. Sollier, s'est enrichi notablement en 1892, ainsi que le montre le tableau comparatif suivant (p. XVIII) :

(1) Mlle A. Jannoës est l'une des maitresses de l'institution de Linderen, consacrée aux enfants idiots. Cette institution renferme 120 enfants confiés à dix institutrices. Elle est venue pendant une semaine, chaque jour, dans le service, pour se rendre compte de tout ce qui s'y fait.

Désignation	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892
Bustes en plâtre........	136	161	180	206	231	251	277
Plâtres divers..........	24	24	28	30	33	33	33
Squelettes entiers......	»	»	»	5	11	11	17
— de tête......	22	25	38	45	58	62	72
Calottes crâniennes.....	123	156	177	190	209	222	248
Cerveaux d'idiots et épilep. adul. et enfants ..	129	152	188	310	335	357	381

Nous avons continué à reprendre, dans le cimetière de la commune (Gentilly), lors du relèvement des corps des malades décédés il y a plus de cinq ans, les crânes et les squelettes entiers, quand il s'agit d'hémiplégiques. C'est cette pratique qui explique l'enrichissement rapide du Musée depuis février 1887.

Le musée reçoit, en outre, toutes les *photographies* des malades décédés, leurs *observations* qui sont reliées en volume chaque année, les *photographies des cerveaux*, qui forment aujourd'hui sept *Albums* (1).

Nous avons fait dresser par M. Sollier, et imprimer par les enfants le *Catalogue* de notre musée, Aussi les visiteurs, qui le désirent, peuvent-ils avoir des indications précises sur toutes les pièces.

II.

Enseignement professionnel.

Comme les années précédentes cet enseignement à été dirigé, en 1892, par MM. Leroy pour la *menuiserie*, Alène pour la *couture*, Bénard pour la *serrurerie*,

(1) Nous profitons de l'occasion pour remercier de nouveau nos collaborateurs MM. Hubert et Hurel, qui apportent le plus grand zèle à l'exécution des photographies et des moulages.

Dumoulin pour la *cordonnerie*, Mercier pour la *brosserie*, Morin pour la *vannerie*, le *paillage* et le *cannage* des chaises, Maréchallat pour l'*imprimerie*.

Nous sommes heureux de les féliciter tous de nouveau, non seulement pour le zèle et l'intelligence qu'ils apportent chaque jour à l'instruction professionnelle des enfants, mais encore pour la bonne direction morale qu'ils savent leur imprimer. Bien des fois nous avons insisté auprès de l'Administration pour qu'elle les en récompense en accordant une suite favorable à la demande que nous lui avons adressée, afin de les faire admettre successivement à jouir de la *pension de repos* qu'elle accorde aux agents du *personnel secondaire*. Nous avons renouvelé cette proposition lors de la visite de la Commission du Conseil général. Nous y revenons encore, convaincu que M. Peyron trouvera le moyen de réaliser, en faveur de nos maîtres de l'enseignement professionnel, leur admission à la pension de repos ou de leur accorder l'équivalence. Le tableau suivant met en évidence les résultats obtenus grâce à leurs efforts :

ATELIERS.	DATE DE L'OUVERTURE.	NOMBRE DES APPRENTIS		VALEUR DE LA MAIN D'ŒUVRE	
		Janv.	Déc.		
Menuiserie...	26 août 1883	25	25	5386 fr.	35
Cordonnerie..	8 octobre 1883	46	39	3568	75
Couture......	8 octobre 1883	64	64	5942	50
Serrurerie....	16 janvier 1884	11	16	4703	»
Vannerie.....	20 octobre 1884	28	20	2847	35
Rempaillage .	20 octobre 1884	13	11	735	20
Brosserie.....	26 novem. 1888	7	9	4076	40
Imprimerie...	8 juin 1889	14	12	6911	»
Jardinage	8 octobre 1892	«	6	»»	
			202	34.170	55

Les 7 maîtres sont payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit pour l'année 16.607 fr. 50. Cette somme étant déduite de celle du travail des enfants, il reste un bénéfice de 17.563 fr., soit 2.269 fr. de plus qu'en 1891. Ces chiffres, établis soigneusement par l'inspecteur du service d'architecture, M. Delahaye, et par M. Husson, économe, montrent que le travail des enfants couvre, non seulement la dépense occasionnée par le salaire de leur maître, mais encore et au-delà l'intérêt du capital (210.000 fr.) engagé dans la construction des ateliers. « C'est là d'ailleurs, répèterons-nous, une considération secondaire. En effet, l'enseignement professionnel rend des services d'un ordre bien autrement supérieur. Il permet de donner à un certain nombre d'enfants un métier qui, à leur sortie, les mettra en mesure de gagner leur vie. Quelques-uns ont déjà quitté l'hospice et sont placés; d'autres le seront aussitôt que les circonstances le permettront. Il nous aide à donner à un plus grand nombre d'enfants le moyen d'atténuer le sacrifice que la société s'impose pour eux. Précisons par un exemple. Nous avons à l'atelier de couture des hémiplégiques, c'est-à-dire des malheureux condamnés presque certainement à passer toute leur existence à l'hospice ; la plupart sont ou deviendront de bons tailleurs. Autrefois ils ne savaient rien faire : maintenant, grâce à l'enseignement qu'ils reçoivent, une fois passés aux épileptiques adultes, s'ils ont encore des accès, ou passés dans les divisions de l'hospice, s'ils n'en ont plus, ils pourront travailler à l'atelier commun de la Maison et leur travail compensera en partie, et pendant de longues années, les dépenses de leur entretien, en même temps qu'il leur fournira quelques ressources personnelles. »

Bien des fois depuis près de dix ans, nous avons

réclamé à l'Administration la création d'un emploi de *maître-jardinier* et nous avons donné, à l'appui, de nombreux motifs. Nous avons obtenu satisfaction cette année et au mois d'octobre M. Peyron a autorisé le directeur de Bicêtre, M. Pinon, à choisir le titulaire de ce modeste, mais très utile emploi. Grâce à cette création, nous pourrons exiger que les maîtres et les maîtresses des écoles soient prévenus chaque fois qu'auront lieu des travaux de jardinage, de labourage, de hersage, de semailles, de fauchage, etc., etc., quand il s'agit du champ des céréales ou des plantes fourragères. Outre les avantages que nous venons d'énumérer, le maître jardinier pourra utiliser, s'il remplit bien les conditions d'un véritable *maître*, non seulement les enfants qui désirent apprendre le métier de jardinier, mais aussi un certain nombre d'enfants qui se plaisent aux grosses besognes.

Nous terminerons ce chapître de l'*enseignement professionnel*, en reproduisant ce que nous disions l'an dernier et qui a une réelle importance au point de vûe du succès de nos ateliers et de l'intérêt des finances de l'Assistance publique.

« Lorsque les enfants de nos ateliers de brosserie, vannerie, canage et imprimerie sont devenus adultes et passent dans les autres sections du quartier des aliénés ou dans les autres divisions de l'hospice, ils ne peuvent plus continuer l'exercice de la profession que nous leur avons fait enseigner, l'établissement n'ayant pas d'ateliers similaires. Nous avons demandé et dans l'intérêt de ces malades et dans celui de la Maison, qu'ils fussent autorisés à venir travailler dans nos ateliers, au fur et à mesure des places disponibles. Il est certain que, en raison des besoins des malades, il sera indispensable d'avoir dans le département de la Seine un asile pour les idiots, les imbéciles et probablement les épileptiques adul-

tes, avec des ateliers où les malades pourront continuer à leur avantage et à celui des finances départementales, la profession qu'ils auront apprise dans les sections d'enfants. »

Les ateliers de menuiserie et de serrurerie doivent pourvoir d'abord aux besoins des autres ateliers, puis à ceux de la section, enfin aux besoins de la Fondation Vallée, annexe de Bicêtre, consacrée aux arriérées. Les ateliers de couture et de cordonnerie travaillent exclusivement à la confection et à la réparation des vêtements et des chaussures des enfants. Nous avons la conviction que si le personnel chargé de la surveillance durant les récréations faisait strictement son devoir, exerçait une véritable surveillance et surtout s'intéressait aux jeux des enfants, la destruction des effets d'habillement et des objets mêmes qui servent à l'amusement des malades, deviendrait chaque jour de moins en moins considérable. Les ateliers de vannerie, de rempaillage, de canage des chaises et de brosserie font face aux besoins de la section et de l'hospice, et font, en outre, d'importantes livraisons au Magasin central de l'Assistance publique (1).

III.

Statistique. — Mouvement de la population.

Le 1er janvier 1892, il restait dans le service 434 enfants : 414 enfants idiots, imbéciles ou épileptiques dits aliénés, et 20 réputés non aliénés. Sur ce chiffre, 5 sont atteints de surdi-mutité et 11 de

(1) L'atelier de *brosserie*, en 1892, a livré 6.900 brosses au Magasin central et 1.011 à Bicêtre. L'atelier de *vannerie* a réparé 180 paniers pour Bicêtre et fabriqué 367 paniers ou mannes tant pour cet établissement que pour le Magasin central. Il a rempaillé 430 chaises pour Bicêtre, Lourcine et la Salpêtrière et canné 101 chaises pour Bicêtre.

cécité. Voici le mouvement de la population en 1892 :

MOIS.	ENTRÉES.	DÉCÈS.	SORTIES.	TRANS-FERTS.	ÉVASIONS.
Janvier	8	3	9	»	»
Février	12	1	»	»	»
Mars	14	2	4	»	»
Avril	8	2	4	3	»
Mai	17	1	4	»	»
Juin	12	»	4	1	2
Juillet	20	6	5	»	1
Août	6	»	11	1	1
Septembre	5	»	16	»	»
Octobre	11	2	4	»	»
Novembre	17	1	4	2	»
Décembre	8	3	4	»	»
Totaux	138	21	69	7	4

Décès. — Ils ont été au nombre de 21. Le tableau ci-après (p. XXIV) donne le diagnostic, la date et la cause du décès, ainsi que quelques-unes des particularités présentées par les malades dont l'observation ne figure pas dans le volume. Nous avons continué, autant que possible, à relever le poids du *thymus* et de la *glande thyroïde*. Sur 21 autopsies, il n'y avait 8 fois aucune trace du thymus ; 9 fois, nous avons trouvé des fragments de cet organe, dont le poids a varié de quelques grammes à 28 gr. Dans 4 cas, on a oublié de noter la présence ou l'absence du thymus. Il serait intéressant de comparer à cet égard, les enfants sains avec les nôtres. Nous espérons qu'un jour un de nos amis, chargé d'un service d'enfants ordinaires, nous fournira les éléments de cette comparaison.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Date du décès.
Cheval.......	9 ans.	Idiotie hydrocéphalique.	3 janvier.
God..........	5 ans. 1/2	Idiotie.	3 janvier.
Gob..........	15 ans. 1/2	Idiotie. Atrophie musculaire.	23 janvier.
Touch........	3 ans.	Idiotie congénitale.	8 février.
Sal...........	4 ans.	Microcéphalie.	10 mars.
Thom	4 ans.	Idiotie méningitique.	20 mars.
Thilla	16 ans.	Athétose double.	14 avril.
Lhom	18 ans.	Épilepsie.	30 avril.
Le Tal	18 ans. 1/2	Imbécillité. Hémiplégie droite. Athétose.	22 mai.
Stif	6 ans.	Idiotie.	17 juillet.
Roch.........	6 ans.	Microcéphalie.	17 juillet.
Dufoulo......	3 ans.	Idiotie.	25 juillet.

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Cachexie progressive.	Tête scaphoïde. — Hydrocéphalie partielle de l'hémisphère gauche. Dilatation ventriculaire. Résorption du liquide. Epaississement généralisé des méninges sur la face convexe. *Glande thyroïde*, 25 gr. Pas de *thymus*.
Congestion pulmonaire.	Congestion pulmonaire, Dégénérescence graisseuse du foie et des reins. — Rien de particulier à l'œil nu dans les centres nerveux. *Glande thyroïde*, 15 gr. Traces du *thymus*.
Pneumonie double.	Sclérose cérébrale atrophique. Adhérences disséminées. Epaississement et opacité de la pie-mère. Dilatation des ventricules latéraux. *Glande thyroïde*, 25 gr. Pas de traces du *thymus*. (Voir Obs. p. 223).
Broncho-pneumonie rubéolique.	Méningo-encéphalite. — Induration prononcée de la protubérance, des olives et des pyramides antérieures. *Glande thyroïde*, 7 gr. *Thymus*, 10 gr. (V. Obs. p. 3).
Tuberculose intestinale.	Asphyxie à la naissance. — Sclérose cérébrale atrophique, généralisée. *Gl. thy.* 5 gr. Pas de traces du *thymus*. (V. Obs. p. 23).
Broncho-pneumonie rubéolique.	Méningite chronique. — *Gl. thyroïde*, 10 gr. Quelques traces du *thymus*. (V. Obs. p. 66).
Tuberculose pulmonaire.	Sclérose cérébrale atrophique disséminée *Gl. thyroïde*, 15 gr. — Pas de traces du *thymus* (V. Obs. p. 76).
Broncho-pneumonie tuberculeuse.	*Glande thyroïde*, 32 gr. — Pas de traces du *thymus* (V. Obs. p. 109).
Etat de mal.	Absence de synostose des os du crâne. — Os wormiens. — Inégalité de poids des hémisphères. — *Gl. thyroïde*, 15 gr. *Thymus*, 25 gr. (V. Obs. p. 39).
Broncho-pneumonie.	Méningo-encéphalite légère.— *Gl. thyroïde*, 10 gr. Pas de traces du *thymus* (V. Obs. p. 116.
Congestion pulmonaire.	Pseudo-kyste des hémisphères. — Adhérences des lobes frontaux. — Atrophie des nerfs optiques et olfactifs. — Double porencéphalie. — *Gl. thyroïde* et *thymus*, pas d'indication (V. Obs. p. 88).
Méningite suppurée.	Méningite suppurée. — Adhérences des méninges principalement sur l'hémisphère gauche. — Pas d'indication sur la *gl. thyroïde* et le *thymus*. (V. Obs. p. 165.)

NOMS.	AGES.	MALADIES.	DATE DU DÉCÈS.
Marti	1 an 1/2.	Idiotie, cécité.	24 juillet.
Watteb	3 ans. 1/2	Idiotie.	26 juillet.
Louv.........	4 ans.	Idiotie.	28 juillet.
Téra		Idiotie.	12 octobre.
Gate	18 mois.	Idiotie.	29 octobre.
Hug	4 ans. 1/2	Idiotie.	14 novemb.
Guer.........	4 ans.	Idiotie.	30 novemb.
March........	13 ans.	Epilepsie.	22 décemb.
Roug	13 ans 1/2.	Idiotie.	29 décemb.

Sorties. — Des malades sortants, 5 sont passés dans les divisions de l'hospice, ne présentant plus d'accès ou étant suffisamment améliorés au point de vue mental pour vivre en liberté, mais étant atteints de maladies ou d'infirmités incurables. 39 ont

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Méningite suppurée.	Méningite suppurée. — *Gl. thyroïde* et *thymus* très rudimentaires; pas d'indication du poids (Voir OBS. p. 201).
Broncho-pneumonie.	Atrophie disséminée des circonvolutions. Pas d'indication sur la *glande thyroïde* et le *thymus*.
Broncho-pneumonie.	Légère sclérose cérébrale. — Aspect chagriné de l'hémisphère gauche. *Glande thyroïde*, 6 gr. *Thymus*, 28 gr. (Voir OBS. p. 217).
Tuberculose pulmonaire.	Arrêt de développement des circonvolutions. — Crâniectomie. — *Glande thyroïde*, 15 gr. Persistance du thymus (V. OBS. p. 147).
Congestion pulmonaire.	Sclérose atrophique de l'hémisphère gauche; lésions de méningo-encéphalite sur l'hémisphère droit. — Plagiocéphalie. — Inégalité considérable des hémisphères. *Glande thyroïde*, 4 gr. *Thymus*, 10 *gr*.
Rougeole. Broncho-pneumonie.	Légère congestion pulmonaire. — Léger épaississement de la pie-mère sans adhérences. — *Glande thyroïde*, 10 gr. Pas de trace du *thymus*. (Voir OBS. p. 132).
Invagnation intestinale.	Tubercule sur le trajet du phrénique et à la pointe du cœur sur le péricarde. — Pseudo-kyste du lobe temporal; vestige d'anciens foyer, probablement de ramollissement. Pas d'indication sur la *glande thyroïde* et le *thymus*.
État de mal.	Impression maternelle. — Tubercule crétacé et gangrène du poumon. — *Glande thyroïde*, normale. (Pas de poids). Persistance du *thymus*. (Pas de poids) (Voir OBS. p. 185).
Pneumonie gauche.	Sclérose corticale. — Atrophie cérébrale. — *Glande thyroïde*, 15 gr. Pas de traces du *thymus*.

été dirigés sur les autres sections de la division des aliénés, soit comme épileptiques, soit comme idiots ou imbéciles, incapables d'être mis en liberté. Le tableau suivant indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteints les malades (v. p. XXVIII).

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Ber	18 ans.	Serrurier.	Epilepsie idiopathique.	Repris par sa famille qui n'a pas voulu le laisser transférer. — Les accès sont toujours nombreux. — Etait le meilleur de nos apprentis serruriers.
Véd	18 ans.	Cordonnier.	Imbécillité avec perversion des instincts. — Affaiblissement paralytique du côté droit; né avant terme; asphyxie à la naissance; convulsions répétées; pédérastie.	Passé à la 5e 1re, le 7 janvier.
Déc	18 ans. 1/2	Brossier.	Idiotie légère avec perversion des instincts; idées de suicide et d'homicide.	Passé à la 5e 2e, le 7 janvier.
Les	20 ans.	Tailleur.	Imbécillité, hémiplégie gauche et épilepsie symptomatiques de sclérose cérébrale.	Passé à la 5e 3e, le 12 janvier.
Dum	7 ans.	Tailleur.	Idiotie méningitique.	Non rentré de congé, défalqué le 13 janvier.
Ver	18 ans. 1/2	Cordonnier.	Hystérie avec perversion des instincts; surdité légère.	Passé à 5e 3e, le 29 janvier.

NOMS.	AGES.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Geo........	19 ans.	Tailleur.	Idiotie.	Passé à la 5e 1re le 25 juillet.
Guy........	18 ans.	Tailleur.	Imbécillité.	Rendu à sa mère qui le réclamait le 3 août.
Pin	18 ans.	Tailleur.	Idiotie et hémiplégie droite, symptomatiques de sclérose cérébrale.	Passé à la 5e 1re le 9 août 1892.
Hor........	20 ans 1/2	Menuisier.	Imbécillité symptomatique, strabisme.	Passé à la 5e 2e le 10 août 1892. Voir son observation complète dans le Compte-rendu de 1885, p. 28.
Lan........	16 ans.	Serrurier.	Imbécillité. Ichthyose.	Rendu à sa mère qui le réclamait, notablement amélioré le 11 août.
Pij.........	11 ans.		Idiotie complète. Phimosis; paralysie infantile (pied bot et atrophie de la jambe gauche.)	Rendu à sa mère qui le réclamait, amélioration (11 août.)
Yun........	18 ans.	Vannier.	Imbécillité.	Passé à la 5e 1e le 13 août 1892. Amélioration sensible.
Glau	21 ans.		Idiotie et épilepsie ; démence.	Passé à la 5e 3e le 13 août 1892.
Lan	20 ans.		Idiotie ; gâtisme.	Passé à la 5e 2e le 18 août 1892.
Dev........	19 ans.		Idiotie méningitique.	Passé à la 5e 1re le 18 août 1892. Aggravation.

NOMS.	AGES.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Fer........	20 ans 1/2.	Vannier.	Imbécillité, hémiplégie gauche.	Amélioration considérable. Passé aux vieillards le 9 mai 1892.
Echas......	22 ans.	Cordonnier.	Imbécillité congénitale aggravée par des convulsions, hémiplégie incomplète à gauche.	Amélioration considérable. Passé aux vieillards le 9 mai 1892.
Brod.......	6 ans 1/2.		Imbécillité prononcée avec athétose.	Même état. Sorti sur la demande de son père qui l'a en congé depuis la fin de 1891. Défalqué le 17 mai 1892.
Lout.......	13 ans.	Cordo nier.	Idiotie probablement symptomatique de sclérose cérébrale avec perversion des instincts.	Amélioration notable. Repris par son père qui s'oppose au transfert à l'asile de Clermont (Oise) le 19 juin.
Péch.......	18 ans.	Cordonnier.	Idiotie congénitale; phimosis.	Passé aux adultes sans amélioration notable (5e 1e) le 23 mai 1892.
Dam.......	14 ans.		Idiotie congénitale aggravée par des convulsions.	Repris par ses parents qui s'opposent au transfert le 29 mai.
Dun........	20 ans.		Imbécillité: crises épileptiformes, impulsions violentss.	Passé à la 5e 2e le 14 juin.
Maa........	17 ans.	Serrurier.	Imbécillité avec perversion des instincts.	Evadé. Défalqué le 10 juin 1892.
Dup........	17 ans 1/2	Brossier.	Imbéc. et instab. mentale avec perversion des inst. Klepto.	Evadé. Défalqué le 10 juin 1892. Réintégré. Réclamé par sa mère le 25 nov.

Mon		Tailleur.	Idiotie complète; épilepsie guérie.	Passé à la 5e 1re le 15 juin 1892.
Lor	14 ans.	—	Idiotie complète symptomatique, (convulsions de la 1re enfance, excès de boisson.	Transféré à St. Dizier le 19 juin.
Van	18 ans.	Cordonnier.	Épilepsie.	Amélioration considérable. Passé à la 5e 3e le 25 avril.
Gou	9 ans.		Idiotie légère et hémiplégie droite.	Transféré le 29 avril à l'asile de Clermont.
Ros........	19 ans.		Idiotie congénitale: atrophie cérébrale; tourneur.	Passé aux adultes (5e 1re) le 29 avril 1892.
Sou........	19 ans.		Idiotie congénitale par arrêt de développement des circonvolutions.	Passé aux adultes (5e 2e) le 29 avril 1892.
Big.........	18 ans.	Serrurier.	Imbécillité et instabillité mentales consécutives à des convulsions.	Passé à la 5e 2e le 1er juillet.
Rou........	19 ans.	Cordonnier.	Arriération intellectuelle et épilepsie symptomatique.	Passé aux adultes (5e 1re) le 9 juillet 1892.
Plo.........	18 ans.	Cordonnier.	Atrophie cérébrale; hémiplégie droite avec athétose; épilepsie.	Evadé le 14 juillet défalqué le 16.
Reg........	15 ans 1/2		Imbécillité et hémiplégie droite avec athétose symptomatique, de sclérose cérébrale.	Rendu à sa mère sur sa demande le 17 juillet 1892.
Lef.........	18 ans.	Rempailleur	Imbécillité et hémiplégie droite.	Passé à la 5e 2e le 25 juillet.

Picar.......	20 ans. 1/2	Rempailleur	Débilité mentale et cécité complète; aptitudes musicales.	Amélioration très notable qui a permis de le faire passer aux vieillards le 29 janvier 1892.
Mor........	21 ans. 1/2	Rempailleur	Athétose double. — Imbécillité.	Amélioration très notable qui a permis de le faire passer aux vieillards le 29 janvier 1892.
Gra........	34 ans.	Tailleur.	Imbécillité myxœdémateuse.	Passé aux vieillards le 29 janvier 1892
Jean.......	13 ans.		Imbécillité.	Transféré à l'asile de Clermont (Oise) le 3 mars 1892.
Wag.......	18 ans. 1/2	Cordonnier.	Epilepsie symptomatique.	Passé à la 5e 3e (adultes) le 3 mars 1892
Mar........	16 ans 1/2	Menuisier.	Arriération intellectuelle; convulsions; accès de colère.	Sorti le 11 mars 1892. Rendu à sa mère le 13 mars.
Rio........	19 ans. 1/2	Cordonnier.	Imbécillité et épilepsie.	N'a plus d'accès depuis deux ans. Amélioration. Passé à la 2e section le 17 mars.
Ada........	19 ans. 1/2	Cordonnier.	Imbécillité.	Amélioration. Passé à la 5e 1re le 17 mars.
Pép........	14 ans.	Vannier.	Imbécillité; écholalie.	Transféré à l'asile de Vaucluse le 2 avril.
Gro........	15 ans. 1/2	Menuisier.	Épilepsie et débilité mentale.	Transféré le 2 avril.
Tæs........	18 ans.	Vannier.	Imbécillité; hystérie simulée.	Très amélioré; engagé au 37me de ligne le 23 avril 1893.

Ste	18 ans.	Tailleur.	Idiotie microcéphalique.	Passé à la 5e 2e le 20 août 1892. Légère amélioration.
Vin	18 ans.	Imprimeur.	Épilepsie ; débilité mentale.	Passé à la 5e 3e le 22 août 1892.
Dup........	17 ans.	Brossier.	Imbécillité et instabilité mentale avec perversion des instincts. Kleptomanie.	Evadé, défalqué le 25 août.
Pas	15 ans 1/2	«	Imbécillité prononcée.	Transféré à Tours le 29 août.
Cart	14 ans 1/2	Tailleur.	Hystéro-épilepsie.	Rendu à sa mère amélioré le 1er septembre 1892.
Bou........	18 ans.	Imprimeur.	Imbécillité avec perversion des instincts.	Remis à l'Asile Clinique qui doit le conduire à la Préfecture de police le 2 septembre 1892.
Gro	18 ans.	Cordonnier.	Épilepsie ; kleptomanie ; condamnation.	Passé à la 5e 3e le 8 septembre 1892.
Cam	19 ans.	Tailleur.	Imbécillité ; hémiplégie droite avec athétoses, et épilepsie symptomatique de sclérose cérébrale.	Passé à la 5e 3e le 9 septembre 1892.
Bil	18 ans.	Menuisier.	Épilepsie, déchéance.	Passé à la 5e 3e le 12 septembre 1892.
Lec	18 ans.	Cordonnier.	Épilepsie, imbécillité, perversion des instincts, phimosis.	Passé à la 5e 3e le 14 septembre 1892.
Cal.........	18 ans.	Vannier.	Imbécillité, épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 14 septembre 1892.
Le Pa	18 ans.	Cordonnier.	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 15 septembre 1892.
Gau........	19 ans.	Imprimeur.	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 15 septembre 1892.

NOMS.	AGES.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSES DE LASOR TIE.
Ser	18 ans 1/2	»	Épilepsie; accès nombreux; tendance à la déchéance; diminution des accès, relèvement de l'intelligence.	Passé à la 5e 3e le 17 septembre.
Gil	18 ans 1/2	Menuisier.	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 20 septembre.
Risl	18 ans 1/2		Idiotie, épilepsie, affaiblissement paralytique du côté droit, symptomatiques de sclérose cérébrale.	Passé à la 5e 3e le 20 septembre 1892.
Bor	19 ans.	Tailleur.	Épilepsie, idiotie.	Passé à la 5e 3e le 21 septembre 1892.
Ver	18 ans.	Menuisier.	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 21 septembre 1892. Amélioration.
Cré	19 ans.		Idiotie, épilepsie symptomatiques de sclérose cérébrale.	Passé à la 5e 3e le 24 septembre 1892.
Bou	14 ans.	Imprimeur.	Arriération intellectuelle et instabilité mentale.	Sorti en congé, non rentré, défalqué le 29 septembre.
Fro	18 ans.	Imprimeur.	Arriération intellectuelle et instabilité mentale avec perversion des instincts.	Sorti définitivement le 1er octobre 1892. Rendu à sa famille. Très-amélioré.
Leb	18 ans.	Cordonnier.	Alcoolisme; épilepsie; idées de suicide.	Guérison. Sorti définitivement le 15 octobre 1892.
Gué	5 ans 1/2		Idiotie.	Rendu à sa mère le 22 octobre.

Dum........	13 ans.	Tailleur	Imbécillité et épilepsie.	Guérison. Rendu à sa grand'mère le 22 octobre.
Rob........	17 ans.	Menuisier.	Arriération intellectuelle ; instabilité mentale avec perversion des instincts.	Amélioration très notable sorti sur la demande de son père le 13 novembre.
Carri........	15 ans.	Cordonnier.	Hébéphrénie (excitation maniaque, idées mystiques, idées vagues de persécution).	Guéri ; sorti le 17 novembre.
Ver........	9 ans.	Cordonnier.	Arriération intellectuelle avec perversion des instincts ; cauchemars ; onanisme.	Amélioration notable ; réclamé par sa mère. Sorti le 17 novembre.
Eck........	17 ans.	Menuisier.	Épilepsie idiopathique.	Amélioration ; réclamé par son père, sorti le 3 novembre 1892.
Dup........	17 ans.	Brossier.	Imbécillité et instabilité mentale avec perversion des instincts ; kleptomanie.	Amélioration ; réclamé par sa mère ; sorti le 1er décembre.
Gar........	19 ans.	Brossier.	Idiotie probablement méningitique.	Tansféré à Clermont (Oise) le 25 novembre.
Duv........	17 ans.	Tailleur.	Imbécillité et instabilité mentale symptomatiques de sclérose cérébrale.	Réclamé par sa mère le 12 décembre 1892.
Gil........	16 ans.	Tailleur.	Imbécillité microcéphalique congénitale.	Rendu à son père qui le réclamait le 24 décembre.

Évasions. — Elles ont été au nombre de quatre Dup.... Dup.... Maa.... Plo.....

Transferts. — Il y a eu 7 transferts : Lorr..., à l'asile de Saint-Dizier ; Pasq..., à l'asile de Tours ; Jeand..., à l'asile de Clermont ; Grom..., à l'asile d'Armentières ; Pép..., à l'asile de Vaucluse ; Goul... et Garr..., à l'asile de Clermont.

Maladies épidémiques et contagieuses. — Le pavillon d'isolement a reçu dans le courant de l'année 31 enfants (30 garçons et 1 fille) atteints de la *rougeole* ; il y a eu trois décès ; — 3 cas d'*érisypèle* (2 garçons 1 fille) ; — 1 cas de *coqueluche* (fille) ; — 1 cas de *diphthérie* (enfant d'une surveillante) suivi de mort ; — 10 cas de gale et 4 de *varioloïde* légère. Au 31 décembre il restait trente enfants atteints de la *teigne*.

Population au 31 *décembre* 1892. — On comptait à cette date dans le service 471 enfants, se décomposant ainsi : 445 enfants idiots, imbéciles ou épileptiques, dits aliénés, et 26 réputés non aliénés. Sur ce chiffre 5 enfants sont affectés de *surdi-mutité* et 11 de *cécité*. Signalons les *ruminants* au nombre de 18.

Personnel du service en 1892. — Le personnel était ainsi composé : 1° pour le *service médical* : de 2 internes titulaires. MM. Dauriac et Ferrier, d'un interne provisoire, M. Noir et de M. le Dr P. Sollier, conservateur du Musée pathologique ; — 2° pour le *service scolaire* : *a) Grande école* : d'un instituteur, M. Boutiller, et de deux institueurs adjoints, MM. Boyer et Mesnard ; d'un professeur de chant, M. Pény ; d'un professeur de gymnastique, M. Goy ; de deux moniteurs, administrés de l'hospice ; d'un maitre d'escrime, M. Godin ;

d'un suppléant, M. Routier, et de deux infirmiers dont un ayant le grade de premier infirmier. — *b) Petite école* : de Mlle Blanche Agnus, surveillante ; de Mlle Amandine Bohain, sous-surveillante ; de Mme Givalois, suppléante ; de Mlle Lacroix, boursière ; d'une 1e infirmière, Mme Grizard, chargée du pavillon d'isolement ; de 9 infirmières de dortoirs qui, quand elles ont fini leur besogne, viennent aider les maîtresses d'école ; — 3° pour l'*enseignement professionnel :* de huit maitres dont nous avons donné les noms plus haut ; plus un infirmier de garde ; — 4° pour le *service hospitalier :* de M. Agnus, surveillant ; de M. Siégel, sous-surveillant ; de Mme Bié, sous-surveillante (bâtiment des gâteux) ; de Mlle Ath. Bohain, sous-surveillante (infirmerie) ; de Mme Gladel, suppléante de nuit ; d'un suppléant (baigneur), M. Givalois ; de 2 premiers infirmiers (musée, portier), de 28 infirmiers et de 35 infirmières de jour ou de nuit, d'un perruquier ; total du personnel secondaire : 71.

Tout le personnel s'efforce, en général, de nous seconder ; malheureusement, il est en nombre insuffisant, d'abord en raison même de la nature des maladies dont sont atteints les enfants et, par suite aussi du chiffre de la population qui, au 31 décembre, dépassait de 71 le chiffre réglementaire.

Section II : **Fondation Vallée.**

Histoire du service pendant l'année 1892.

I.

Situation du service. — Enseignement primaire.

Les besoins du service des aliénés ont fait fléchir la règle que nous nous étions fixée de limiter la population de la Fondation Vallée à 100 enfants AU MAXIMUM. La population à la fin de l'année 1892 atteignait le chiffre proportionnellement beaucoup trop considérable de 112 enfants. Le cube d'air correspondant à chaque lit, qui était déjà un peu faible pour une population de 100 enfants, est devenu aujourd'hui, avec les lits supplémentaires, *tout-à-fait insuffisant*. Cette situation est encore aggravée par l'existence, à la Fondation, d'une proportion considérable d'*enfants gâteuses* (42), et par l'impossibilité où nous sommes, en raison de l'exiguité des locaux, de répartir les enfants en différents groupes, ce qui nous contraint, en particulier, de mélanger, dans les mêmes classes, les enfants gâteuses valides avec les enfants propres.

Les *enfants idiotes gâteuses* INVALIDES ont pu, ainsi que nous l'avons dit l'an dernier, être isolées; elles

ont leur dortoir, leur salle de réunion (servant en même temps de réfectoire, ce qui 'est fâcheux), et un préau découvert. Nous avons fait bitumer le sol de ce dernier : ce qui permet aux enfants de faire leurs *exercices de chariot*. Une tente-abri, pouvant se démonter, a été installée pour protéger les enfants contre les ardeurs du soleil.

On sait qu'il s'agit là d'une catégorie d'enfants souvent incapables, non seulement de marcher, mais même de se *tenir debout*. Il faut donc exercer leurs jambes et pour cela, de même qu'à Bicêtre, nous les plaçons dans des *barres parallèles ;* nous les faisons sauter sur place en les tenant sous les bras ; nous leur faisons pratiquer des *frictions stimulantes* sur les jambes et les cuisses, et nous leur faisons exécuter des mouvements de flexion et d'extension de toutes les jointures des membres (Massage). De plus nous faisons asseoir les enfants de ce groupe sur une *balançoire spéciale*, disposée de façon que les pieds vont battre sur un tremplin vertical en bois, collé contre le mur, tremplin qui repousse et reçoit les pieds tour-à-tour (1). On pourrait appeler cet appareil : *balançoire-tremplin*.

Nous n'avons eu qu'à nous féliciter de l'emploi de la *laine de tourbe* pour les coussins perforés des fauteuils et des bancs des enfants gâteuses.

L'*Enseignement* est confié exclusivement à des femmes sous l'habile et intelligente direction de Melle Berthe Langlet, surveillante. Les procédés employés sont les mêmes qu'à la section des enfants de Bicêtre.

Tout le matériel scolaire est identique. Les *leçons de choses* sont multipliées autant que possible et complétées par des promenades dans le domaine et aux environs. Les enfants assistent à toutes les opéra-

---

(1) V. Seguin. — *Traitement et Education des idiots*, p. 357: — Un appareil semblable fonctionne dans le *gymnase* poûr les enfants valides.

tions du jardinage, participent à la récolte des légumes et des fruits.

106 enfants ont fréquenté l'école et ont été exercées à la gymnastique Pichery. 38 des plus grandes ont suivi les exercices de la grande gymnastique (mouvements, appareils, etc.). Les *échelles convexes* nous sont d'un grand secours pour remédier à la tendance qu'ont un certain nombre d'enfants à tenir la tête et le tronc inclinés en avant. M. Goy, maître de gymnastique à Bicêtre, est venu régulièrement tous les jeudis donner une leçon afin de dresser le personnel et de s'assurer de la régularité des exercices. Nous avons pu, enfin, obtenir pour lui une modique indemnité annuelle.

40 enfants savent se servir de la cuiller, de la fourchette et du couteau; 39 de la cuiller et de la fourchette; 17 de la cuiller. 16 enfants ne savent pas manger seules. — Trois enfants *gâteuses* sont devenus propres : Bane.., Galmi.., et Pich.. Les deux premières ont en outre appris à manger sans aide.

Enseignement professionnel. — Nous tenons en premier lieu à apprendre aux enfants tout ce qui est nécessaire pour essayer d'en faire de bonnes ménagères. Le matin, après leur toilette, on leur apprend à faire leurs lits, à entretenir proprement leurs dortoirs. On leur enseigne à mettre et à retirer le couvert, à laver la vaisselle. Nous avons choisi 10 des moins arriérées; nous les faisons manger avant les autres et on les dresse spécialement pour qu'elles sachent manger aussi convenablement que possible. Nous nous en servons ensuite pour faire l'éducation, au point de vue particulier de la préhension des aliments et de la tenue à table, des autres enfants moins intelligentes : elles leur servent en quelque sorte de monitrices.

Les deux ateliers que nous possédons ont fonctionné

comme par le passé : 65 enfants vont à l'*atelier de couture*, les unes pendant une heure seulement, les autres durant quatre heures. Au 31 décembre dernier, 22 étaient devenues des apprenties sérieuses. Elles font ou raccommodent des tabliers, des robes, des jupons, des bavettes, des pantalons, des pèlerines, des mouchoirs, des chapeaux, des costumes pour leurs bals du Mardi-gras et de la Mi-carème.

35 enfants ont fréquenté l'*atelier de repassage*, d'abord pendant une heure puis durant quatre heures. Nous retrouvons-là les 22 meilleures apprenties de l'atelier de couture. Elles repassent des tabliers, des jupons, des mouchoirs, des bavettes, des rideaux, des bonnets, des fichus, des corselets, des pantalons.

Le travail, évalué par M. Husson, économe de Bicêtre, d'après les tarifs de cet établissement, s'est élevé à 560 fr. pour le premier atelier, dirigé par Mme Herman et à 1.052 fr. pour le second, dirigé par Mme Lejeune, soit au total 1.611 fr. Ce chiffre est inférieur de 261 fr. à celui de l'année 1891. Cela tient à ce que pendant deux mois, par suite de la construction d'un calorifère pour le bâtiment des classes, les travaux professionnels n'ont pu se faire dans de bonnes conditions. Le tableau ci-après donne le produit mensuel du travail en 1892 (Voir p. XLII).

Nous devons ajouter qu'un certain nombre de jeunes filles ont appris à faire du tricot (4), du crochet (10), de la tapisserie (2), à marquer (8), et qu'elles ont confectionné quelques layettes. Mlle Langlet a eu l'heureuse idée d'organiser une petite exposition des objets fabriqués par les enfants le jour de la visite de la Commission d'assistance du Conseil général.

Visites, permissions de sortie et congés. — Les

MOIS.	NOMBRE des Apprenties.	VALEUR de la MAIN-D'ŒUVRE. Couture.	Repassage.
		fr. c.	fr. c.
Janvier	12	38 75	75 10
Février	15	73 50	83 75
Mars	15	53 »	85 50
Avril	13	3 »	71 80
Mai	15	48 25	65 10
Juin	20	45 »	68 35
Juillet	21	55 »	70 »
Août	21	30 »	79 50
Septembre	21	40 »	119 50
Octobre	21	48 50	109 25
Novembre	22	41 25	131 60
Décembre	22	43 25	92 90
TOTAUX	....	559 50	1052 35
TOTAL GÉNÉRAL	....	1611 85	

enfants ont reçu 2.126 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 3.594.

Congés de 2 jours	11
— de 3 jours	6
— de 3 à 8 jours	148
Total	165

Revaccinations. — Elles ont été au nombre de 25 dont 8 infirmières.

Bains et hydrothérapie. — Les bains, les douches, la gymnastique, joints à l'emploi des médicaments anti-scrofuleux et aux préparations bromurées ont continué à être la base du traitement pendant l'année 1892. Les bains sont donnés à la Fondation. Des bidets permettent de donner les soins de propreté aux enfants

gâteuses ou aux jeunes filles pubères. Les enfants valides vont prendre leurs douches dans la section des enfants de Bicêtre, et les enfants invalides les prennent à la Fondation même. Les bains de pieds sont également donnés à Bicêtre, où existe, comme nous l'avons déjà dit, une installation rendant facile le lavage simultané des pieds d'un grand nombre de malades (1). Voici la statistique des bains et des douches en 1892 :

Bains simples	3.893
— salés...............	623
— amidonnés.........	561
Total	5.077
Douches à Bicêtre	10.227
— à la Fondation..	653
Total	12.722
Bains de pieds...........	1.788

Promenades. — Les promenades ont lieu le mardi et le vendredi soit à Paris (place d'Italie, parc Montsouris, Jardin des plantes, Foire au pain d'épice, place Saint-Michel, Luxembourg, etc.), soit aux environs : Arcueil, parc de Vitry, Jardin d'acclimatation, Plessis Picquet, etc. Le nombre des enfants qui assistent à ces promenades varient entre 50 et 60.

Distractions. — Les enfants de la Fondation ont pris part à la distribution des jouets donnés par la *Lanterne*, à l'occasion du jour de l'an ; — aux promenades et aux bals déguisés qui ont eu lieu (avec les enfants de Bicêtre) le Mardi-Gras et à la Mi-Carême. Les petites filles valides de la Fondation ont assisté à toutes les fêtes données à Bicêtre, à toutes les mati-

(1) Dans tous les établissements de ce genre, ainsi que dans les asiles, il est indispensable, à notre avis, contrairement à celui de quelques médecins, d'avoir un *service de bains de pieds.*

nées dramatiques organisées par les garçons, au concert des frères Lionnet, etc., etc.

Estimant que la séparation arbitraire qu'on établit de nos jours entre les enfants des deux sexes est contraire à la nature, nous n'avons pas hésité, en dépit de certaines craintes administratives, à faire venir les petites filles de Vallée à toutes les fêtes données au gymnase de la Section des garçons, à leur faire prendre rang dans le cortège du Mardi-Gras et de la Mi-Carême; à faire ces mêmes jours un bal commun aux garçons et aux filles. Il va de soi que nous donnons au personnel des instructions pour redoubler de surveillance. Ces bals et ces réunions n'ont jamais donné lieu à aucun désordre.

Chauffage. — Le chauffage du bâtiment des classes, de l'ouvroir et du gymnase étant très insuffisant, n'atteignant que 3° ou 4° au mois de janvier, nous avons dû le faire évacuer et laisser les enfants dans les réfectoires et, pour remédier à une situation aussi fâcheuse, nous avons demandé la reconstruction du calorifère. Ces travaux, qui ont entrainé la réfection du parquet du gymnase, ont commencé à la fin de septembre. Ils auraient dû être faits au mois de juillet et d'août ce qui aurait permis de faire travailler les enfants dans le jardin, tandis que nous avons été obligé de nous servir du réfectoire et pour l'école et pour la couture. Les travaux ont été terminés le 10 novembre.

Améliorations diverses. — La Fondation étant alimentée en eau de Seine, nous avons réclamé et obtenu un *filtre Chamberland* (avril). Citons encore la transformation des matelas et des traversins desgâteuses dont la laine ou la paille ont été remplacées par de la *laine de tourbe*; — l'aménagement de la cour voisine du

dortoir des gâteuses, dont le sol a été nivelé, avec un chemin cimenté pour l'*exercice du chariot*, et qui a été pourvue d'une *tente* pour protéger les enfants contre les rayons du soleil (1); — l'achat d'une *lanterne magique*; — l'aménagement du premier étage du bâtiment des écuries et remises en logements pour des sous-employées mariées.

Maladies épidémiques. — Une enfant, Lent.. (Pauline) est entrée à la période d'incubation de la *rougeole*; elle a guéri; — une autre Leg... Alice est entrée avec la *coqueluche*; — quatre enfants ont eu la *teigne* et sont guéries. Toutes ces malades ont été traitées au pavillon d'isolement de Bicêtre.

Enumération des travaux faits par l'atelier de menuiserie des enfants de Bicêtre pour la Fondation Vallée. — En *avril* : trois planches pour la coupe; table avec tréteaux; barres parallèles pour la gymnastique ; une table scolaire ; — en *mai* : chariot pour les pansements; — en *décembre* : une armoire.

II.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1892, il restait à la Fondation 99 enfants se répartissant ainsi :

Epileptiques	22
Idiotes et imbéciles	77

(1) Grâce à cette amélioration nous pouvons placer les enfants à l'air et assainir la pièce très exiguë que leur sert de réfectoire et de salle de réunion.

Sur ce nombre 43 étaient gâteuses; 3 atteintes de surdi-mutité et 3 de cécité. Voici le mouvement de la population en 1892 :

Mois.	Entrées.	Sorties.	Décès.	Transferts.
Janvier	»	1	1	»
Février	«	3	1	»
Mars	1	»	1	1
Avril	»	»	»	»
Mai	7	»	»	»
Juin	4	»	»	»
Juillet	1	»	»	1
Août	»	»	»	»
Septembre	1	»	»	»
Octobre	4	1	»	1
Novembre	5	1	1	»
Décembre	5	1	1	»
Total	28	7	5	3

Décès. — Les décès ont ont été au nombre de cinq. Le tableau ci-contre fournit les renseignements sur le diagnostic, la date et la cause du décès, ainsi que sur les principales particularités présentées par les malades.

Sorties. — Le tableau ci-après indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteintes les malades.

Evasions. — Il n'y a pas eu une seule évasion en 1892, de même qu'en 1890 et 1891.

Transferts. — Il y a eu 3 transferts. Ceux de l'enfant Duv.., à Clermont, de l'enfant Gir .., à Auxerre et de l'enfant Par.., à l'asile de Dury (Somme).

NOMS.	AGES.	MALADIES.	DATE DU DÉCÈS.	CAUSES DU DÉCÉ.S	PARTICULARITÉS.
Sta ...	13 ans.	Épilepsie. Démence.	9 janvier.	État de mal.	Légère congestion pulmonaire. Léger épaississement de la pie-mère sans adhérences. Rien de particulier à l'œil nu dans le centre nerveux. — *Glande thyroïde*, 10 gr. — Pas de *thymus*.
Sch ...	4 ans.	Idiotie symptomatique.	12 février.	Tuberculose généralisée.	*Glande thyroïde*, 5 gr. — *Thymus*, dur long de 6 cm. Pas de poids. (Voir l'Obs. p. 10).
Vou...	15 ans.	Idiotie symptomatique.	23 mars.	Gangrène pulmonaire.	*Glande thyroïde*. Pas d'indication. *Thymus*, pas d'indication. (Voir l'Obs. p. 56).
Bai ...	7 ans.	Idiotie. Hydrocéphalie.	28 novembre	Asphyxie des extrémités inférieures. Cachexie.	Hydrocéphalie. Tumeur du cervelet. *Glande thyroïde*. Aspect normal. — Pas de *thymus* (Voir l'Obs. p. 223).
Gau...	4 ans.	Idiotie.	18 octobre.	Congestion pulmonaire.	*Thymus* du volume d'un petit haricot.—*Glande thyroïde* moins de 5 gr. (V. l'Obs. p. 173).

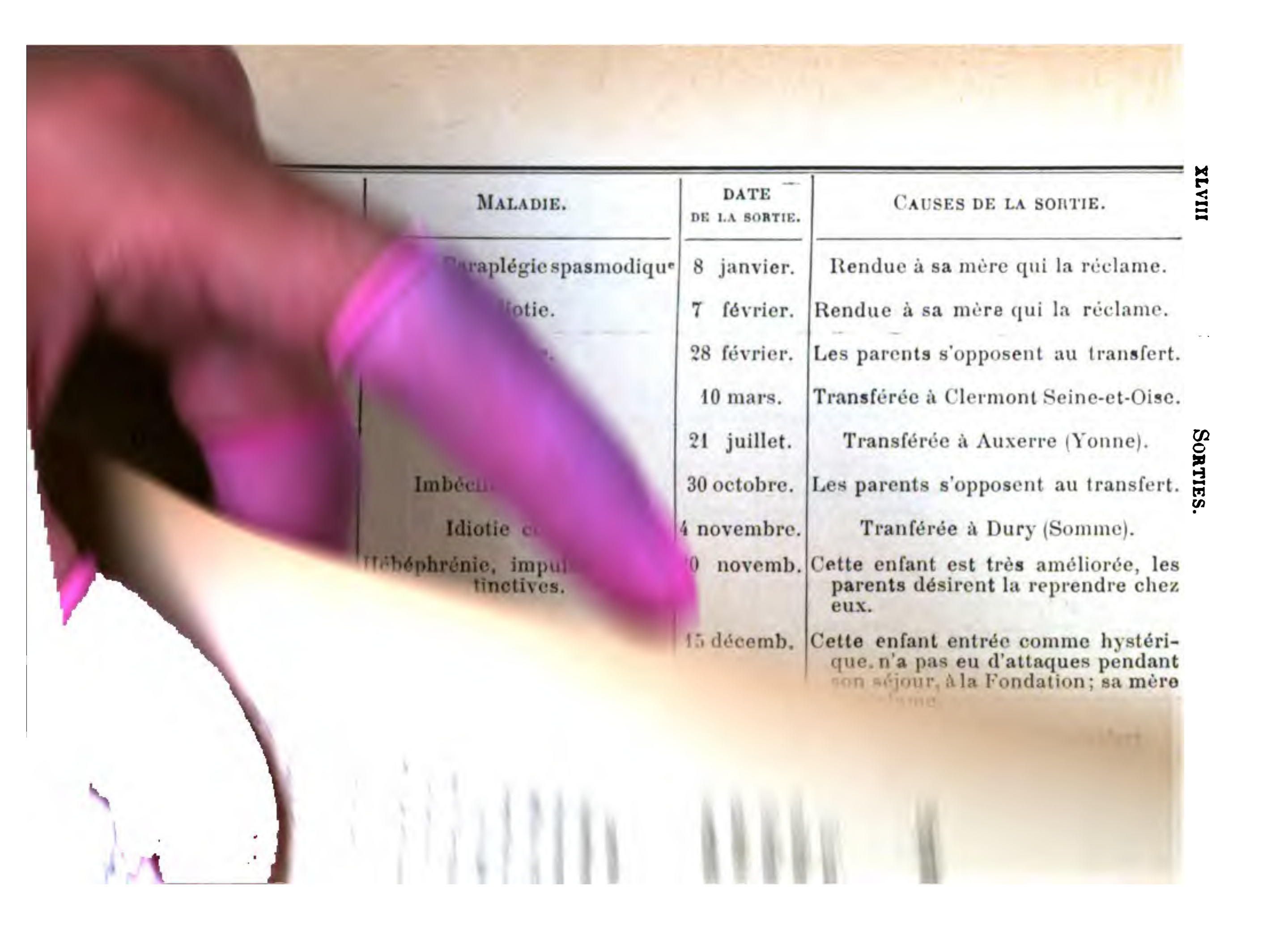
NOMS.	AGES.	MALADIE.	DATE DE LA SORTIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Mén	16 ans.	Idiotie, Paraplégie spasmodique	8 janvier.	Rendue à sa mère qui la réclame.
Del	4 ans.	Idiotie.	7 février.	Rendue à sa mère qui la réclame.
Rai	9 ans.	Idiotie.	28 février.	Les parents s'opposent au transfert.
Duv........	15 ans.	Imbécillité.	10 mars.	Transférée à Clermont Seine-et-Oise.
Gir.........	14 ans.	Idiotie.	21 juillet.	Transférée à Auxerre (Yonne).
Péc	11 ans.	Imbécillité ; chorée.	30 octobre.	Les parents s'opposent au transfert.
Par	6 ans.	Idiotie complète.	4 novembre.	Tranférée à Dury (Somme).
Mer........	11 ans.	Hébéphrénie, impulsions instinctives.	20 novemb.	Cette enfant est très améliorée, les parents désirent la reprendre chez eux.
And........	13 ans.	Hystérie.	15 décemb.	Cette enfant entrée comme hystérique. n'a pas eu d'attaques pendant son séjour, à la Fondation ; sa mère la réclame.
Col.........	10 ans.	Épilepsie, débilité mentale consécutive.	14 février.	La mère s'oppose au transfert.

Population au 31 *décembre* 1892. — Il restait à cette data à la Fondation, 112 enfants se décomposant ainsi :

Epileptiques..................	26
Idiotes et imbéciles...........	86
Total............	112

Sur ce nombre, 43 sont gâteuses, 2 sont atteintes de surdi-mutité et 2 de cécité.

Personnel. -- Il se compose d'un médecin, d'un interne en médecine, M. Ferrier, d'une surveillante Mlle Berthe Langlet, de trois suppléantes, Mmes Herman, Thomas, et Croizelle, de deux premières infirmières, Mlle Lapeyre et Mme Lejeune, d'un premier infirmier, portier, de six infirmières de jour et de nuit. Total du *personnel secondaire :* 17. De même que les années précédentes nous n'avons eu qu'à nous louer de l'activité, du dévoument et de l'intelligence apportées par Mlle Langlet et ses auxiliaires dans l'accomplissement de leurs fonctions. C'est à elles que nous devons reporter la plus grande partie des résultats obtenus.



MALADIE.	DATE DE LA SORTIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
[illegible]araplégie spasmodique	8 janvier.	Rendue à sa mère qui la réclame.
[illegible]iotie.	7 février.	Rendue à sa mère qui la réclame.
[illegible]	28 février.	Les parents s'opposent au transfert.
[illegible]	10 mars.	Transférée à Clermont Seine-et-Oise.
[illegible]	21 juillet.	Transférée à Auxerre (Yonne).
Imbéci[illegible]	30 octobre.	Les parents s'opposent au transfert.
Idiotie c[illegible]	[illegible]4 novembre.	Tranférée à Dury (Somme).
[illegible]ébéphrénie, impul[illegible] tinctives.	[illegible]0 novemb.	Cette enfant est très améliorée, les parents désirent la reprendre chez eux.
[illegible]	15 décemb.	Cette enfant entrée comme hystérique, n'a pas eu d'attaques pendant son séjour, à la Fondation; sa mère [illegible]

Population …
cette data à la F…
ainsi :

Epilep…
Idiotes …

Sur ce nombre, …
surdi-mutité et …

Personnel. — …
interne en médec…
Mlle Berthe Lang…
man, Thomas, et …
mières, Mlle Lape…
infirmier, portier, …
nuit. Total du pers…
que les … précéd…
louer …
… Lan…
… de …
… reporte…
…s.

…r, M. *E. Trélat*, archi-
…nu officieusement nous
… détaillé du futur asile,
…gé de tracer les plans,
… semblé naturel de lui
…ci-après :
…r l'Administration pour

…es que l'Administration

…Nous pensions inutile de
…le telles conditions.
…e nous lui fassions con-
…ion d'un asile pour les
…, nous lui avons répondu
…ise d'une telle organisa-
…icêtre, et qu'il convenait
…rvices suivants :

…s pour l'instruction pri-
…le classes permettant de
…nt une salle pour le traite-
…ultiples afin d'en réserver
… pour les enfants les plus
…s ; — des *réfectoires*, dont
…fants gâteuses, tous pour-
… pourra apprendre aux
— des *ateliers* pour l'en-
…ure, repassage, brochage,

…sique : Gymnase ; — Salle
…irer leurs chaussures ; —
…apie ; — Salle de bains de
…rvices sont indispensables si
…stant de propreté à la caté…
…s l'asile est créé.

III.

Projet d'agrandissement de la Fondation Vallée. — Premier rapport.

En qualité de membre de la *Commission de surveillance des asiles de la Seine*, nous avons été chargé d'étudier la question de l'agrandissement de la Fondation. Voici le texte du Rapport que nous avons fait à cette Commission dans sa séance du 2 juin :

Messieurs,

Dans de précédents rapports, nous vous avons exposé l'historique et l'organisation de la Fondation Vallée. Nous vous avons décrit son fonctionnement durant les exercices 1890 et 1891 dans une *Notice* qui vous a été distribuée au cours de cette visite.

En 1889, vous avez nommé une Sous-Commission chargée d'étudier l'utilisation ultérieure du domaine. Dans la séance du 5 décembre 1889, vous avez adopté entre autres propositions la suivante :

« 2° L'étude à bref délai d'un programme pour la construction sur ce domaine d'un établissement autonome destiné à l'entretien de 300 jeunes filles idiotes ou arriérées. »

Lors de votre visite à la Fondation Vallée, le 7 mai 1898, nous avons appelé votre attention sur les différents moyens d'agrandir le domaine légué par M. Vallée :

1° Acheter le terrain enclavé dans le domaine et donnant sur la rue Benserade ; 2° ou acheter le terrain qui longe au sud ce domaine ; 3° ou enfin acheter les terrains vagues situés au-dessus de l'institution, longeant la rue Benserade et le chemin de l'Hay.

I.

Vers le mois de novembre dernier, M. *E. Trélat*, architecte en chef du département, est venu officieusement nous demander, non pas un programme détaillé du futur asile, dont l'Administration l'avait chargé de tracer les plans, mais un aperçu général. Il nous a semblé naturel de lui poser les questions préjudicielles ci-après :

1° Quel est le terrain adopté par l'Administration pour l'édification de l'asile ?

2° Quel est le nombre de malades que l'Administration se propose d'y placer ?

Les réponses furent négatives. Nous pensions inutile de poursuivre notre entretien dans de telles conditions.

M. *Trélat* ayant insisté afin que nous lui fassions connaître nos idées sur l'organisation d'un asile pour les petites filles idiotes et épileptiques, nous lui avons répondu que l'on pouuait prendre pour base d'une telle organisation, la section des enfants de Bicêtre, et qu'il convenait en conséquence de prévoir les services suivants :

1° *Services de jour* : Des *écoles* pour l'instruction primaire, avec un certain nombre de classes permettant de grouper les enfants et comprenant une salle pour le traitement du gâtisme et des préaux multiples afin d'en réserver un pour les enfants gâteuses, un pour les enfants les plus jeunes et un pour les plus grandes ; — des *réfectoires*, dont l'un spécialement réservé aux enfants gâteuses, tous pourvus de vastes offices, où l'on pourra apprendre aux enfants à nettoyer la vaisselle ; — des *ateliers* pour l'enseignement professionnel (couture, repassage, brochage, buanderie, lingerie, etc.).

2° *Services du traitement physique* : Gymnase ; — Salle pour apprendre aux enfants à cirer leurs chaussures ; — Salle de bains et d'hydrothérapie ; — Salle de bains de pieds. Ces trois derniers services sont indispensables si l'on veut assurer un état constant de propreté à la catégorie d'enfants pour lesquels l'asile est créé.

3° *Services de nuit*: Dortoirs de 20 lits avec lavabos, cabinets d'aisances, meubles de toilette, bidets, etc.

4° *Bâtiment des enfants gâteuses invalides*, avec réfectoire, salle de réunion avec appareils servant à apprendre à se tenir debout, à marcher, etc., enfin salle spéciale pour le traitement du gâtisme. Il conviendrait d'établir dans ce bâtiment une division entre les enfants susceptibles d'être améliorés et les enfants reconnus absolument incurables. (Les idiotes, en petit nombre, et les épileptiques devenues démentes).

5° *Service hospitalier*: a. Infirmerie avec chambre d'isolement pour les cas douteux, chambres d'infirmières, réfectoire, office, bains, lavabos, cabinets d'aisances, etc.; — *b*. Pavillon pour les maladies contagieuses; — *c*. Pavillon de cellules.

Il ne pouvait s'agir là que d'un programme général fait au pied levé et comportant, il va de soi, des modifications. Toutefois nous avons signalé la nécessité d'éviter les escaliers, d'avoir des portes et des couloirs larges afin de faciliter les communications et d'imiter dans les constructions ce qui a été fait à Bicêtre, en tenant compte des améliorations que l'expérience a fait reconnaître indispensables. Nous n'avons rien dit du logement du médecin-directeur, ni du personnel médical, ignorant si l'on veut et si l'on peut utiliser pour le logement du personnel médical, des institutrices, des employées et infirmières, quelques-uns des bâtiments qui existent.

En ce qui concerne la *cuisine*, nons estimons qu'elle doit être aménagée de telle façon, quelle puisse servir en quelque sorte d'atelier pour apprendre la couture aux enfants.

II.

Nous n'avions plus entendu parler de cette affaire, lorsqu'à la fin du mois d'avril, l'Administration nous a envoyé, conformément à un vote du Conseil général du 27 décem-

bre 1891, un dossier sommaire relatif à l'agrandissement de la fondation Vallée. « Le service d'architecture, y est-il dit, a été invité, conformément au vote du Conseil général du 27 décembre 1891, à faire établir :

« 1° L'avant-projet d'un bâtiment destiné à recevoir 100 lits d'enfants avec les services nécessaires ;

« 2° Le plan d'ensemble relatif à la construction de bâtiments pouvant conetnir 400 enfants. »

L'Administration demande l'avis de la Commission de surveillance sur le principe même du projet et sur la construction d'un bâtiment pour 100 lits.

Cette dernière proposition, qui est urgente, ne nous paraît pas pouvoir être tranchée, si on n'est préablement d'accord sur l'ensemble du futur asile.

D'après ce plan, le futur asile occuperait : 1° Le domaine actuel ; 2° tout le terrain vague situé en avant de la fondation entre la rue Benserade et la route départementale de Paris à l'Hay ; 3° le terrain enclavé dans le domaine ; 4° le terrain situé au sud de la fondation Vallée, dans toute sa longueur ; en d'autres termes, tous les terrains sur lesquels nous avions appelé l'attention de la Commission.

La superficie totale de ces terrains serait de 45,472 mètres carrés (1).

La superficie occupée par les enfants de Bicêtre est de 30,880 mètres carrés.

Examinons maintenant avec vous le plan provisoire dressé par M. l'architecte et que nous mettons sous vos yeux.

M. l'architecte place le bâtiment de l'administration et l'entrée principale sur la route de l'Hay. A gauche de la cour d'entrée, se trouve le pavillon d'habitation du directeur ; en face du bâtiment d'administration, l'infirmerie, le pavillon des agitées et, vers la rue Benserade, le pavillon des contagieuses, le tout sur la même ligne.

(1) La propriété actuelle, y compris la ferme, a une contenance de .... 18.924 m. q.
La surface des terrains que M. Trélat propose d'acheter est de .... 26,548 m. q.
Soit ensemble........ 45,472 m. q.

Au-delà, en descendant le coteau et parallèlement à la série des trois services dont nous venons de parler, s'élève le bâtiment des gâteuses (hospice), du côté de la rue Benserade, et au-delà, vers le sud, la buanderie.

Puis, vient une immense cour, répondant à toutes les constructions actuelles et les dépassant au-dessus et au-dessous. Cette cour est limitée en bas par la cuisine, au sud est un grand bâtiment se prolongeant vers la rue Benserade. Le rez-de-chaussée de ce grand bâtiment comprendrait la salle de gymnastique, des réfectoires pour 140 enfants. Au-dessus, il y aurait deux étages comprenant six dortoirs de 20 lits chacun.

C'est ce bâtiment que l'Administration propose de construire immédiatement.

Plus bas, nous trouvons un autre bâtiment. La légende dit : « Au-dessous, un étage, trois ateliers de 100 places; au rez-de-chaussée, neuf classes dont huit de 32 élèves et une de 44. Au-dessus un étage, composé de trois dortoirs de vingts lits chacun.

Enfin, plus bas, à cheval sur l'enclave et sur le terrain de la ferme, un dernier bâtiment composé d'un rez-de-chaussée comprenant, au centre, les bains et la salle d'hydrothérapie, à gauche et à droite un préau couvert et au-dessus deux étages pour six dortoirs de vingt lits chacun.

Enfin, à l'angle sud-ouest, donnant sur la rue du Bout-Durand, le service des morts.

Une galerie de communication, prenant son origine entre l'infirmerie et le pavillon des agitées et descendant jusqu'au préau situé au sud du bâtiment des bains, dessert tous les services. Des galeries latérales aboutissant à la buanderie et à la cuisine, ou s'étendant du pavillon des agitées au pavillon des contagieuses, faciliteront le service.

Telle est la disposition générale des bâtiments qui doivent composer le nouvel asile.

III.

Nous devons vous présenter quelques remarques géné-

rales avant d'aborder l'étude du projet de construction du bâtiment destiné à recevoir cent enfants.

1° Nous ne voyons aucune utilisation des bâtiments existants ; peut-être aurait-il été possible d'affecter au logement du médecin-directeur l'ancien pavillon d'habitation de M. *Vallée* et de se servir, au moins durant une dizaine d'années, des autres bâtiments.

2° Nous ne trouvons aucune indication d'un parloir pour les familles les jours de visite.

3° L'hôpital, c'est-à-dire l'infirmerie, le pavillon des contagieuses, le pavillon des cellules, ne nous paraît pas à sa véritable place. Ce n'est pas à l'entrée de l'asile, mais plutôt au fond que l'*hôpital* devrait être placé. En effet, chaque fois que les enfants sortiront pour aller en promenade, ou pour venir au parloir, qui a sa place naturelle à l'entrée de l'établissement, ils seront obligés de passer entre les cellules et l'infirmerie. Il en sera de même pour tout le personnel quand il viendra au bâtiment de l'Administration ou se rendra au dehors. Les corps des enfants décédés passeront tout le long des services de jour pour être transportés à l'amphithéâtre. Nulle indication d'une étuve à désinfection.

4° La buanderie, qui doit être un véritable atelier, se trouve au voisinage de l'infirmerie, à une très grande distance des autres ateliers.

5° La lingerie est placée au-dessus de la buanderie. Nous pensons qu'on ne doit rien mettre au-dessus de la buanderie qui a besoin d'être largement aérée et de pouvoir laisser échapper très facilement toutes ses buées.

6° Les ateliers paraissent être prévus dans le sous-sol des écoles, ce qui nous semble tout à fait défectueux.

7° Le service balnéo-hydrothérapique est surmonté de deux étages. Or, dans ces derniers temps on a construit

ces services sans étages, par suite des inconvénients qui résultent de l'humidité, des vapeurs, etc. C'est ce principe, déjà admis avant nous, que nous avons fait prévaloir à Laennec, à Lourcine, à la Salpêtrière, à Bicêtre.

8° Contrairement au principe accepté à peu près par tous les médecins aliénistes pour la construction des asiles, les bâtiments ne doivent avoir qu'un rez-de-chaussée ou tout au plus un étage. Or, plusieurs des bâtiments du futur asile doivent avoir deux étages, ce qui nous paraît déplorable. Et, comme il s'agit de placer dans cet asile des enfants infirmes, paralytiques ou atteintes de maladies convulsives, les inconvénients des étages sont encore plus considérables que dans les asiles consacrés aux aliénés adultes. C'est parce que nous connaissions par expérience tous les inconvénients, pour ces enfants, des bâtiments à plusieurs étages, que nous avons fait prévaloir à Bicêtre les pavillons à rez-de-chaussée.

IV.

Arrivons maintenant à l'examen du projet particulier qui consiste à construire immédiatement un pavillon de 100 lits.

La dépense totale, est-il dit dans la lettre d'introduction de M. le Préfet de la Seine, « est de : 2.332.740 fr. et de 222, 720 francs pour la construction d'un pavillon de 100 lits. »

« En présence du chiffre élevé de cette dernière évaluation, l'Administration a fait rechercher quelle serait la dépense d'une construction provisoire analogue à celle qui existe à la colonie de Vaucluse et à celle qui vient d'être édifiée à la Salpêtrière pour les petites filles idiotes.

« Il résulte du rapport de M. l'architecte en chef du département, qu'en raison de la nature du sol et de sa déclivité, un baraquement analogue à celui de la Salpêtrière entrainerait une dépense d'environ 110,000 francs. Dans ces conditions, il semble qu'il y aurait avantage à adopter immédiatement le projet d'une construction définitive.

« Toutefois, dit M. le Préfet en terminant, avant de

faire procéder à l'établissement des devis détaillés de l'opération, je vous demanderai, Monsieur le *Président*, de vouloir bien provoquer sur le principe même du projet l'avis de la Commission de surveillance. »

L'Administration nous parait avoir agi sagement en abandonnant l'idée d'une construction provisoire.

Il ne nous reste plus qu'à vous donner la description du pavillon définitif, d'après le rapport de l'architecte en chef du département à M. le Directeur des travaux :

« Ce bâtiment, en raison de la nature du sol et de sa disposition sur rampe, demandera des fondations d'une assez grande profondeur (3m environ) et permettra d'établir un sous-sol qui assainira le bâtiment. Il y aura au-dessus de ce sous-sol un rez-de-chaussée, un premier étage dans toute la surface et un deuxième étage dans toute la partie du centre, conformément aux plans ci-joints.

« La construction sera en béton dans les fondations, en meulière dans la hauteur du sous-sol et en moëllon dans la hauteur des étages ; les parements extérieurs seront appareillés et piqués ; les verrous, les appareils de croisées, les bandeaux et corniches d'entablement seront seuls en pierre de taille ; les planchers en fer, les combles, faux-planchers et les escaliers en bois ; les parquets en chêne, ainsi que les portes et croisées ; les peintures à l'huile, 3 couches ; vitrerie ordinaire, calorifère de puissance suffisante pour chauffer tout le bâtiment.

Estimation.

Partie avec sous-sol en fondations, rez-de-chaussée et 1er étage 84m 8 672m à 295 fr. le mètre . . .	198.240 »
Etage surélevé 36m 8 288, à 85 fr. le mètre.	24.480 »
Frais de surveillance et direction, ci pour . .	mémoire
Total . .	222,720 »

Comme vous le voyez, cette description est un peu brève. C'est en nous reportant au plan que nous voyons qu'il s'agit d'un bâtiment de deux étages. Le 2e étage occupe la moitié centrale du bâtiment. Chaque dortoir a 20 lits et est pourvu d'un lavabo, d'un vestiaire, d'un cabinet d'aisances et d'une baignoire. Nous ne voyons pas bien l'utilité de la baignoire. Le plan indique aussi qu'il y aura autant de cuvettes que de lits, ce qui nous parait une superfluité ;

la moitié de ce nombre nous semble amplement suffisante. Le plan montre encore que l'on placera les lits deux par deux entre les fenêtres. Le système adopté dans la section des enfants de Bicêtre et qui consiste à placer un lit entre chaque fenêtre nous paraît de beaucoup préférable. Et nous ne sommes pas seul de cet avis. La largeur des dortoirs nous paraît insuffisante. Nous n'avons aucune indication sur le cube d'air.

Nous arrêtons là notre examen. Nous espérons, Messieurs, vous avoir donné une idée exacte de l'affaire qui vous est soumise. A vous de vous prononcer.

M. le PRÉSIDENT. — Il résulte, Messieurs, du savant rapport de notre collègue M. le Dr *Bourneville*, que l'Administration nous demande un avis de principe relativement à la construction sur les terrains de la Fondation Vallée, d'un asile pour 400 jeunes filles idiotes et arriérées, et subsidiairement l'adoption du projet de construction immédiate d'un premier bâtiment pour 100 de ces jeunes filles.

Ne pensez-vous pas, à la suite des observations présentées par notre collègue dans le rapport dont il vient de nous donner lecture, qu'il y aurait lieu de soumettre cette question à une sous-commission d'étude chargée de nous faire connaitre son appréciation non seulement sur la question de principe posée par l'Administration, mais aussi sur celles relatives au mode de construction des bâtiments eux-mêmes (rez-de-chaussé, un ou deux étages, etc.)?

M. DESCHAMPS. — Le projet de construction d'un bâtiment à deux étages ne répond pas aux sentiments de M. le Dr *Bourneville* qui le voudrait à un rez-de-chaussée, ou tout au plus à un étage. Tout en me réservant de revenir s'il y a lieu sur cette question, je demandrai à M. le Directeur des affaires départementales s'il peut nous affirmer que la construction de ce premier bâtiment ne nous coûterait pas plus de 222.000 francs? Des dépenses d'agrandissement des services généraux de la Fondation Vallée ne me paraissent pas comprises dans ce projet. Or, il est évident que si vous augmentez de 100 lits la population de cette fondation en la portant de 100 à 200 lits, vous devrez de toute nécessité procéder à l'extension desdits services généraux.

Avant de m'engager comme membre de la Commission de surveillance, je prie en conséquence M. *Le Roux*, de vouloir

bien faire connaitre à la Commission, par un rapport écrit, que la construction de ce bâtiment, y compris l'agrandissement des services généraux ne coûterait pas plus de 222.000 francs. Je le prie, en outre, de nous faire savoir dans ce rapport ce que coûtera le personnel secondaire et administratif nécessité par cette augmentatiou de population.

M. LE ROUX. — Conformément au vœu manifesté par la Commission de surveillance dans sa séance du 8 mai 1890, l'Administration a fait procéder à l'étude d'un double projet, en vue de l'agrandissement de la *Fondation Vallée*, savoir: 1° La construction d'un asile spécial pour le placement de 400 jeunes filles idiotes ou arriérées, 2° La construction d'un bâtiment, ne comportant que 100 lits. Ce second projet ne touche en rien aux bâtiments existants, qu'il maintient tels quels avec leur affectation actuelle. Cependant, comme ce bâtiment, s'il est construit, se relierait a un plan d'ensemble, l'Administration a dû appeler d'abord la Commission à se prononcer sur le principe de ce plan d'ensemble. En réalité ce pu'elle désire ce n'est pas un vote immédiat, mais une discussion, lui faisant connaitre les vues de la Commission sur l'utilisation des terrains. Dès que ces vues lui seront connues l'administration se mettra à la disposition de la Commission pour l'étude du programme de construction définitive.

En réponse à la question qui m'a été posée par M. le Dr *Deschamps*, je dois dire que la construction du bâtiment de 100 lits ne comportera pas d'autres dépenses que celles prévues au devis, soit 222,000 fr. Jusqu'à la constuction du plan d'ensemble, il n'est pas dans l'intention de l'administration de toucher aux bâtiments actuels où sont installés les services généraux de la fondation Vallée.

Il me reste à répondre à la question relative aux dépenses du personnel. L'Administration Préfectorale compte, jusqu'à achèvement complet de la fondation Vallée, maintenir à la direction de l'Assistance publique, la gestion de cette fondation, moyennant le payement d'un prix de journée par malade fixé annuellement par le Conseil général.

Dans ce prix de journée sont comprises les dépenses du personnel. Ce sera donc à la Direction de l'Assistance publique qu'il appartiendra de se préocuper de cette question.

Ce qui nous préoccupe, nous administration départementale, c'est la construction d'un bâtiment nous permettant de retirer de l'asile de Villejuif, les petites filles qui y sont placées,

d'affecter leur quartier aux malades femmes qui encombrent nos établissements.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Il me paraît impossible que nous séparions la construction de ce bâtiment de la question d'ensemble.

Ceci dit, j'appelle l'attention de la Commission sur un ne autre ordre d'idées : Je demande si l'achat de tous les terrains mentionnés au plan de M. l'architecte est nécessaire. Ces achats donneraient à la fondation actuelle une superficie totale d'environ 4 hectares. Or, la superficie de la section des enfants de Bicêtre avec des bâtiments à rez-de-chaussée et une population de 400 enfants est d'environ trois hectares. Des économies peuvent être réalisées de ce côté. L'examen de cette question peut être également renvoyé à une sous-Commission, déjà désignée pour l'étude de cette construction et composée de MM. *Puteaux*, le Dr *Thulié*, le Dr *Taule* et nous. J'ajoute, au point de de vue de cette étude, que si M. le Directeur des affaires départementales voulait bien ne pas persister dans son idée de bâtiments à deux étages, j'adopterais de mon côté, quoique à regret, l'établissement d'un premier étage pour ces constructions.

M. LE ROUX. — Dans mon idée, le 2e étage ne doit servir de dortoir que pour les enfants valides, et il en existe un certain nombre. Je ne demande pas mieux toutefois que de m'en rapporter sur ce point à la décision de la Commission.

M. TRÉLAT, architecte en chef du Département. — Le plan que j'ai remis à l'Administration, n'est pour ainsi dire qu'un schéma permettant à la discussion de s'engager.

M. le PRÉSIDENT. — De la discussion qui vient d'avoir lieu, il résulte que les questions que la sous-commission est appelée à examiner sont les suivantes ;

1° Y a-t-il lieu de construire un asile pour les jeunes filles idiotes et arriérées, sur les terrains de la fondation Vallée?

2° Une superficie de quatre hectares est-elle nécessaire à cette édification?

3° En attendant l'édification d'un plan d'ensemble, doit-on procéder à la construction d'un bâtiment de 100 lits, en vue d'y placer les jeunes filles internées à l'asile de Villejuif, sous réserve que ce bâtiment se reliera au plan d'ensemble?

4° Faut-il que les bâtiments à construire soient à un ou à deux étages?

M. BAILLY. — Ne conviendrait-il pas, Messieurs, avant de nous lancer daus des projets de constructions coûteuses, de savoir qu'elles seront les nouvelles dispositions légales concernant les enfants? Nos délibérations doivent être subordonnées aux lois qu'on édictera sur cette importante question. Sait-on où en est la proposition de loi qui doit réformer celle de 1838 sur les aliénés? L'hospitalisation des enfants idiots sera-t-elle à la charge des Départements ou à celle des communes? Dans l'état actuel des bâtiments, combien la fondation Vallée peut-elle contenir d'enfants?

M. PELLETIER, chef de service des aliénés. — Dans le projet de loi déposée par M. *Reinach*, sur le bureau de la Chambre, l'obligation d'assister les enfants idiots et épileptiques incomberait aux Départements.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Après de nombreuses études faites par M. *Pinon* directeur de Bicêtre, par M. *Baron*, économe et par moi, nous sommes parvenus à trouver de la place pour 100 lits, à la fondation *Vallée*; sur ces 100 lits 99 sont occupés. l ne reste plus qu'un lit vacant. La construction d'un nouIveau bâtiment s'impose donc, non seulement pour y place les jeunes filles qu'on pourra nous amener du dehors, mais encore pour dégager l'asile de Villejuif de celles qui l'encombrent, ce qui permettra de rendre cent lits au service des femmes. M. *Bailly* a demandé où en est la proposition de loi concernant les enfants idiots ou épileptiques. Je puis fournir à la Commission quelques renseignements sur cette questionr Le Sénat, dans le projet de loi qu'il a voté, a écarté l'hospitalisation des enfants idiots; mais l'obligation de les hospitaliser figure dans les projet de M. *Reinach*, lequel n'est en grande partie que la reproduction de celui que j'avais moi-même présenté aux délibérations de la Chambre des Députés. Il reproduit, entres autres, le texte que j'avais eu le bonheur de faire accepter par la Commission parlementaire, concernant l'obligation pour les départements de créer dans un délai de dix ans des asiles départementaux ou interdépartementaux pour les enfants idiots et épileptiques. M. le député *Lafont,* rapporteur du projet de *Reinach*, admet lui aussi la construction d'établissements spéciaux pour les enfants idiots et épileptiques. M. *Th. Roussel*, sénateur, m'a dit qu'il soutiendrait cette mesure au Sénat, si elle est votée, comme les décisions des Commissions le font pressentir, par la Chambre des Députés. J'ajouterai enfin que, suivant en cela l'exemple donné par le

Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine, plusieurs départements, considérant le vote du Parlement comme acquis, se préoccupent vivement de la construction de services spéciaux pour les enfants. Il y quelques jours, j'ai reçu à Bicêtre, la visite de M. le Dr *Faucher*, médecin-directeur de l'asile de la Charité (Nièvre), chargé de rédiger le programme d'un asile de ce genre.

M. POTIER. — Je me demande si la prudence ne commanderait pas de s'assurer, dès à présent, des terrains nécessaires à l'agrandissement de la fondation Vallée afin de les obtenir dans de bonnes conditions.

M. LE ROUX. — Avant de procéder à l'achat de ces terrains, il est indispensable que la Commission fasse connaître son avis sur la question de principe qui lui est posée.

M. le PRÉSIDENT. — Je propose à la Commission de renvoyer l'examen de cette question et de celle que la présente discussion vient de soulever, à l'étude d'une sous-commission composée de MM. *Puteaux*, le Dr *Bourneville*, le Dr *Thulié* et le Dr *Taule*, ce dernier Directeur de l'asile Clinique.

Adopté.

Second rapport sur l'agrandissement de la Fondation Vallée. (1)

Messieurs,

Dans la séance de la Commission de surveillance du jeudi 2 juin dernier, nous avons lu un rapport sur l'agrandissement de la Fondation Vallée et sur la construction d'un pavillon de 100 lits. Dans ce rapport, nous avons examiné d'abord l'avant-projet de la création d'un asile de 400 lits, ensuite le projet de construction d'un bâtiment pour 100 lits, avant-projet et projet qui nous étaient soumis par M. Trélat, au nom de l'Administration. A la suite de la lecture de notre rapport et de la discussion à laquelle il a donné lieu, la Commission a décidé la nomination d'une Sous-Commission appelée à discuter les questions suivantes :

1° Y a-t-il lieu de construire un asile pour les jeunes filles idiotes et arriérées, sur les terrains de la Fondation Vallée ?

2° Une superficie de quatre hectares est-elle nécessaire à cette édification ?

3° En attendant l'édification d'un plan d'ensemble, doit-on procéder à la construction d'un bâtiment de 100 lits, en vue d'y placer les jeunes filles internées à l'Asile de Villejuif, sous réserve que ce bâtiment se reliera au plan d'ensemble ?

---

(1) *Présenté par* M. Bourneville, *au nom d'une Sous-Commission composée de* MM. Barbier, Bourneville, Puteaux, Taule *et* Thulié.

4° Faut-il que les bâtiments à construire soient à un ou deux étages ?

La sous-Commission s'est réunie à la Fondation Vallée le 10 novembre, sous la présidence de M. Barbier. Après avoir visité minutieusement le domaine tel qu'il se comporte aujourd'hui avec les constructions existantes, elle a discuté les quatre questions qui précèdent. Nous allons résumer cette discussion.

1° *Y a-t-il lieu de construire un asile pour les jeunes filles idiotes, arriérées, sur les terrains de la Fondation Vallée ?* — La Sous-commission, M. Albert Pétrot, conseiller général chargé du rapport de l'Asile clnique et de la Fondation Vallée, présent à la réunion et M. Le Roux sous-directeur des affaires départementales, ont été unanimes à penser que le Département devait utiliser le domaine légué par M. Vallée, dont la superficie est d'un hectare 89 ares 19 centiares. D'ailleurs la nécessité de la construction d'un nouvel asile pour les jeunes filles idiotes, ariérées et épileptiques, s'impose d'une façon urgente. La section de la Salpêtrière (141 lits), le quartier de Villejuif (56 lits) et la Fondation Vallée avec ses 110 lits (1) ne peuvent faire face aux besoins de cette catégorie de malades. L'insuffisance des lits pour les femmes aliénées exige impérieusement que le quartier de l'asile de Villejuif soit rendu à sa destination primitive. La Sous-Commission est donc d'avis de construire un nouvel asile pour les jeunes filles idiotes et épileptiques et d'utiliser dans ce but les terrains de la Fondation Vallée.

2° *Une superficie de quatre hectares est-elle néces-*

(1) Nous avons dit et répété que le cube d'air des salles affectées aux dortoirs ne permettait, au grand maximum, que l'installation de 100 lits. Les 10 lits suplémentaires constituent un réel encombrement.

saire à cette édification? — Nous avons signalé la possibilité d'agrandir le domaine actuel et indiqué les terrains qu'on pouvait y annexer. Leur superficie totale est de 2 hectares 65 ares 48 centiares; ce qui fait avec le domaine primitif 4 hectares 54 ares 72 centiares. Nous avons fait valoir que l'achat des trois terrains en question n'était pas indispensable, en nous appuyant sur ce que la superficie occupée par la section des enfants de Bicêtre n'est que de 3 hectares 8 ares; sur la situation du futur asile en pleine campagne, sans aucune construction avoisinante (1), et enfin, sur l'état des finances départementales. La Sous-Commission a partagé notre sentiment et décidé qu'on pouvait se contenter de deux des terrains: a) celui qui est situé au-dessus de la Fondation, entre la rue Benserade et la route de l'Hay; *b*) celui qui est enclavé dans le domaine. La superficie de ces terrains est de 14.400 mq. + 1.828 mq. = 16.228 mq., qui, jointe à celle de la propriété actuelle (18.924 m.q.) forme un total de 35.152 m. q.

3° *En attendant l'édification d'un plan d'ensemble doit-on procéder à la construction d'un bâtiment de 100 lits, en vue d'y placer les jeunes filles internées à l'Asile de Villejuif, sous réserve que ce bâtiment se reliera au plan d'ensemble?* — La Sous-Commission estime que pour débarrasser le plus tôt possible l'Asile de Villejuif des jeunes filles qui y sont internées, il convient de construire de suite un bâtiment qui devra se relier au plan d'ensemble. Quant au nombre de lits, il a été réservé pour être tranché par la solution à donner à la 4ᵐᵉ question.

(1) Il est probable que, de très longtemps, il n'y aura dans les environs, même assez éloignés, aucune construction importante, car la commune de Gentilly n'a aucune tendance à s'étendre de ce côté et que, d'autre part, ces terrains sont occupés par d'anciennes carrières.

4° *Faut-il que tous les bâtiments à construire soient à un ou deux étages?* — A la suite des vœux émis en 1877 et 1878, par le Conseil général, demandant que les enfants de Bicêtre fussent séparés des adultes et qu'on créât pour eux une section spéciale, l'Administration générale de l'Assistance publique chargea M l'Inspecteur Brelet de rédiger le programme de la future section. Naturellement, il n'étudia pas sur place les conditions qu'elle devait remplir et ne jugea pas utile de se renseigner auprès des médecins en contact journalier avec les enfants idiots et épileptiques. Il proposa l'édification, à l'endroit où se trouvent les ateliers, d'un grand bâtiment semblable aux grands bâtiments des trois sections consacrées aux adultes, comprenant un rez-de-chaussée et trois étages. Les circonstances ayant fait que nous ayons été nommé médecin de la 3e section du quartier des aliénés de Bicêtre, qui comprenait, en plus des épileptiques adultes, les enfants idiots et épileptiques, et que nous ayons été chargé de rapporter au Conseil municipal le projet dressé par le regretté M. Gallois, d'après le programme de M. Brelet, nous avons pu nous rendre un compte exact des conditions spéciales que devait réaliser une section construite pour les enfants de cette catégorie et faire prévaloir au Conseil municipal la construction de bâtiments composés, sauf le bâtiment des gâteux, d'un seul étage (1). En effet, parmi ces enfants, les uns ne marchent pas et il y a des inconvénients à les descendre dans les escaliers; les autres marchent difficilement, montent et descendent péniblement les escaliers et encore faut-il les aider ; d'autres sont hémiplégiques et partant peu ingambes; enfin d'autres sont

(1) Nous rappellerons que certains aliénistes, en tête Esquirol, ont préconisé pour les alénés les bâtiments à rez-de-chaussée. C'est ce qui existe entre autres à la Salpêtrière (Section Pinel et Section Rambuteau).

épileptiques et peuvent être pris à l'improviste de crises convulsives les exposant à des chûtes dangereuses.

Vous savez tous qu'à la Fondation Vallée, les classes sont situées au 1er étage, au-dessus du gymnase. Afin d'apporter la conviction sur le danger des escaliers, nous avons prié les membres de la Sous-Commission d'assister à la descente des enfants des classes. Ils ont tous pu en constater les inconvénients. Nous reviendrons plus loin, à propos du programme d'ensemble, sur les concessions qu'il est possible de faire sur le principe absolu des bâtiments à rez-de-chaussée. C'est alors que s'est engagée une discussion sur le nombre d'étages que doit avoir le bâtiment qu'il s'agit de construire immédiatement. M. Le Roux a insisté pour qu'il eut deux étages, se préoccupant surtout du désir du Conseil général d'avoir le plus rapidement possible 100 lits pour dégager l'Asile de Villejuif. Nous avons insisté pour que ce bâtiment n'ait qu'un seul étage, et montré qu'il était possible de donner, à peu de chose près, satisfaction au Conseil général. A notre idée, ce bâtiment serait construit à usage de dortoirs, 2 au rez-de chaussée, 2 au premier étage, soit 80 lits si on adopte des dortoirs de 20 lits, soit 96 si l'on adopte des dortoirs de 24 lits. Provisoirement les deux dortoirs du rez-de-chaussée seraient affectés l'un aux classes, l'autre au réfectoire et pourraient servir en même temps et provisoirement d'ouvroir. Les classes actuelles seraient transformées, par la suppression des cloisons, qu'il est facile d'opérer, en dortoirs contenant 20 lits. Les réfectoires subiraient la même transformation, ce qui donnerait 17 lits. On aurait ainsi 37 lits, qui, joints aux 48 lits des deux dortoirs du premier étage du futur bâtiment formeraient un total général de 85 lits. Enfin, comme le cube d'air proposé pour les dortoirs est largement suffisant, on pourra, jusqu'à la construction des autres pavillons à usage de dor-

toirs, tolérer 6 ou 7 lits suplémentaires, ce qui donnerait le nombre de lits exigé par le Conseil général.

Le but de l'Institution qu'il s'agit de créer n'est pas seulement d'hospitaliser les enfants atteints de maladies chroniques, longtemps réputées incurables, il est des plus complexes : Cette institution est à la fois une *école* ou mieux un *internat*, un *hôpital* et un *hospice* ,réunis par des *services généraux* communs et placés sous une direction spéciale. Nous avons donc à examiner successivement le *programme général* de chacune de ces divisions sans entrer dans tous les détails, puisque la construction de l'établissement doit se faire d'année en année et que chaque projet particulier devra être l'objet, ultérieurement, d'un examen minutieux de la part de la Commission de surveillance et du Conseil général.

I. — Une question toutefois doit être tranchée immédiatement : c'est celle du *personnel* et de son logement. Le personnel pourrait comprendre : 1° un médecin-directeur ; — 2° un médecin-adjoint ; — 3° deux internes en médecine ; — 4° un interne en pharmacie ; — 5° un économe ; — 6° un commis, qui tous doivent être logés ; — 7° au moins 7 ou 8 institutrices ou mieux surveillantes-institutrices (1). Faut-il les loger toutes ? Nous n'y voyons aucun avantage réel. Nous nous bornerions à loger la surveillante institutrice en chef ; — 8° les maîtresses de l'Enseignement professionnel qui, la plupart, comme la lingère, la buandière en chef, la maîtresse de blanchissage, appartiendront au personnel secondaire et devront être logées ; — 9° Quant aux

(1) Il s'agit d'un établissement destiné à des *malades* ; les personnes chargées de *l'enseignement* doivent être en même temps des *hospitalières parfaites*. Il conviendrait donc de les obliger à suivre les cours de l'*école d'infirmières* de Bicêtre afin d'avoir leur diplôme, et de leur faire passer quelques mois à l'infirmerie générale de l'hospice et de l'infirmerie de la section des garçons de Bicêtre ou à celle de la Fondation.

autres maîtresses professionnelles, comme les maîtresses brocheuse, fleuriste, etc., dont le choix et le nombre seront à fixer plus tard, nous ne voyons aucune utilité à les loger dans l'intérieur de la maison. Il en serait de même des maîtresses de chant et de gymnastique, ainsi que du jardinier ; — 10° Personnel secondaire. Il serait logé dans un ou plusieurs pavillons analogues à ceux qui ont été construits à l'Asile de Villejuif (1).

II. — Tout le monde a paru d'accord pour placer l'*entrée* de l'asile sur la route de l'Hay. C'est donc là qu'il faudrait édifier le bâtiment de l'Administration, le parloir des familles et la loge du concierge. Le bâtiment devra-t-il comprendre les appartements des médecins, des internes, de l'économe et du commis et la salle de garde ? (Voir PLANCHE XV.)

C'est là une question que la Commission et l'Administration auront à trancher. Quant à nous, nous sommes d'avis d'accorder au médecin-directeur un pavillon isolé et peut-être l'ancien pavillon d'habitation de M. Vallée pourrait-il convenir. Quant aux parloirs, ils devront être très vastes, au nombre de trois (épileptiques, imbéciles ou idiots propres, idiots gâteux) (2), en raison des nombreuses visites que reçoivent ces malheureuses déshéritées. Pour bien préciser l'étendue de ces parloirs, il conviendrait que l'architecte fît une ou deux visites à Bicêtre le dimanche. Il serait désirable de placer autour de ces parloirs un certain nombre de bancs afin de permettre aux familles, durant l'été, de voir leurs enfants à l'extérieur, et de faire les plantations nécessaires pour leur procurer de l'ombrage.

---

(1) A moins que, en raison de la déclivité du sol, on ne puisse les loger dans les sous-sols-rez-de-chaussée des pavillons, comme à Bicêtre.

(2) Dans le parloir des idiotes gâteuses, peut-être conviendrait-il d'établir des sièges d'aisances comme ceux qui nous servent pour le traitement du gâtisme à Bicêtre.

III. PENSIONNAT. *Services de jour.* — Ils comprennent les écoles, les réfectoires, le gymnase, les ateliers. Les *écoles* pourraient être faites suivant le modèle des écoles de Bicêtre, mais en leur donnant une plus grande étendue. Il y aurait aussi intérêt à faire huit classes au lieu de six, d'avoir des préaux couverts et une vaste salle de réunion pour les enfants de la petite école (1). De plus, la petite école doit comprendre une salle spéciale pour le *traitement du gâtisme* et l'enseignement des *soins de toilette*. Pour les deux écoles, il faudrait un *musée pédagogique* servant en même temps de *bibliothèque récréative* et de *salle de projections*. Le *gymnase* pourrait être placé en retour à l'une des extrémités du bâtiment des écoles, vers la vallée de la Bièvre ainsi que le musée pédagogique, formant de la sorte un fer à cheval. La première cour pourrait être désignée sous le nom de *Cour d'honneur*, la seconde, sous celui de *Cour des écoles*. Dans celle-ci seraient installés le gymnase à air libre et des cabinets disposés de façon à rendre commode la surveillance. (PL. XV).

Les *réfectoires* seraient au nombre de deux, l'un pour les enfants épileptiques, imbéciles et idiotes propres; l'autre pour les enfants de la petite école, propres ou gâteuses. Ce dernier pourrait être divisé en deux parties dont l'une serait réservée aux idiotes gâteuses. Chacun de ces réfectoires sera pourvu d'office avec laverie où l'on devra utiliser les enfants par séries, dans la mesure

(1) A Bicêtre, la salle de réunion primitive de la petite école mesure 8 mètres de long sur 4 m. 80 de large. Tandis que l'on peut maintenir les enfants de la grande école, durant les grands froids, sous leurs préaux ou si les froids sont extrêmes, les laisser dans le gymnase, les enfants de la petite école, plus sensibles au froid, ont besoin d'une salle de réunion fermée; et comme parmi eux, il y a une proportion notable de gâteux, il s'en suit que cette salle de réunion doit être beaucoup plus vaste qu'à Bicêtre. Il aurait fallu confondre la salle de réunion avec la petite salle qui sert à quelques exercices manuels (brouettage, passe-boules, tonneau), exercices de la main et de l'œil. Pour pallier à cet inconvénient, nous avons dû installer dans le sous-sol du bâtiment des Musées une seconde salle de réunion avec les appareils nécessaires au traitement du gâtisme.

de leurs aptitudes. C'est là qu'on doit leur apprendre à nettoyer et ranger la vaisselle. Un lavabo sera installé à l'entrée du réfectoire des enfants de la grande école, afin qu'elles puissent se laver les mains à la sortie des classes ou des ateliers. Il sera disposé dans ces réfectoires une prise d'eau pour permettre un lavage quotidien et une bonde pour l'évacuation des eaux.

Par suite du rôle considérable des bains et de l'hydrothérapie au point de vue du traitement et de l'hygiène de ces enfants, nous croyons qu'il faudrait placer ensuite le service balnéo-hydrothérapique, puis la cuisine, la lingerie, la buanderie et les ateliers.

a) Le *service balnéo-hydrothérapique* pourrait être fait d'après les plans du service analogue de Bicêtre avec les modifications suivantes : 1° donner une plus grande étendue au déshabilloir, 2° ajouter une petite salle pour les bains sulfureux et deux cabinets chacun avec une baignoire pour le personnel.

b) La *cuisine* devra être disposée de manière à ce qu'elle puisse servir à des *cours culinaires* pour les filles. La *salle de l'épluchage* devra être grande, car l'épluchage devra être fait par les enfants.

c) La *lingerie* devra comprendre une salle de couture vaste et bien disposée pour l'enseignement.

d) La *buanderie* devra servir en même temps pour l'enseignement du lavage du linge. On y joindra une *salle de repassage* destinée, elle aussi, à faire de l'enseignement.

Le service balnéo-hydrothérapique, la cuisine et la buanderie devront être à rez-de-chaussée. Il y aura lieu d'examiner toutefois s'il est pratique de faire la salle de couture au-dessus de la salle de repassage.

Quant aux autres *ateliers*, on pourrait, après une étude détaillée, voir s'il convient de les placer en retour soit d'un côté, soit de l'autre des services que nous venons d'énumérer. Le voisinage des bains, de la cuisine et de la buanderie permettrait d'avoir des générateurs communs, ce qui réaliserait une économie. La disposition de ces services réunirait assez bien, croyons-nous, tout ce qui concerne l'*enseignement professionnel*, depuis les offices des réfectoires jusqu'à la buanderie et les ateliers spéciaux. La cour comprise entre ces services et ces réfectoires pourrait s'appeler la *Cour des services généraux* ou encore *Cour des ateliers* ou de l'*enseignement professionnel.*

IV. — Le *service de nuit* comprendra les pavillons pour *dortoirs*. Chaque pavillon se composera d'un rez-de-chaussée et d'un 1er étage. Chacun d'eux sera divisé en 2 dortoirs de 24 lits. A Bicêtre chaque dortoir n'a que 20 lits; mais comme le futur asile est destiné à des filles et que celles-ci devront concourir d'une façon sérieuse aux soins du ménage, apprendre à faire les lits, à balayer et à nettoyer, nous ne voyons aucun inconvénient à augmenter un peu le nombre des lits. Ceux-ci, rangés à droite et à gauche de la salle, seront séparés par autant de fenêtres, les trumeaux correspondants aux lits auront au moins 1 m. 25. La largeur des dortoirs ne sera pas moindre de 7 mètres; la hauteur du plafond de 5 mètres, de manière à avoir pour chaque lit un cube d'air de 40 à 45 mètres. Au centre du pavillon l'on réunira : 1° les lavabos sur le modèle de ceux de la section de Bicêtre, avec 6 ou 8 cuvettes à bascule pour chaque dortoir; les armoires treillagées à clair-voies et tiroirs pour les serviettes, les peignes et les brosses; 3° les cabinets d'aisances avec deux sièges séparés, un bidet et 4° une chambre de débarras. Dans chaque dortoir, il y aura un box pour

l'infirmière de jour et un autre pour le dépôt du linge et des effets d'habillement. Les infirmières de nuit devront être logées en dehors des dortoirs (1).

V. Hospice. — *Service des gâteuses et des infirmes.* — Ce service doit comprendre : 1° les enfants idiotes gâteuses invalides, c'est-à-dire qui ne marchent pas ; — 2° les épileptiques et les idiotes démentes et incurables.

Les enfants de la 1re catégorie comprennent elles-mêmes deux groupes : des enfants à peu près complètement incurables, des enfants susceptibles d'amélioration. Ces deux salles auront au moins 8 mètres de largeur, le plafond sera élevé de 5 mètres. Le cube d'air de chaque lit devra être de 45 à 50 mètres cubes. Chaque lit sera séparé du voisin par une fenêtre. Les fenêtres auront la même disposition qu'à Bicêtre. Le sol sera carrelé. Au centre de chaque salle il y aura une prise d'eau et, à une des extrémités, une bonde pour l'évacuation des eaux de lavage. Ces deux salles seront séparées par une salle de réunion pourvue de lavabos et d'un service de propreté, semblable à celui des idiotes gâteuses valides, avec circulation d'eau chaude en hiver, et séparation de chaque orifice par des bras de fauteuil; par un réfectoire, le cabinet de la surveillante, un office, un cabinet avec deux baignoires, un vidoir, un cabinet d'aisances avec siège pour les adultes. Chaque dortoir sera pourvu en outre, à son extrémité, de chambres pour les infirmières, d'une pièce de débarras, d'une autre pour le linge propre, d'une trémie pour le linge sale qui devra s'enlever par l'extérieur et qui serait avanta-

(1) Il y a un grave inconvénient à faire coucher les veilleuses dans le box placé dans le dortoir parce que leur sommeil peut être troublé par les allées et venues dans les galeries ou les dortoirs et aussi parce que leur coucher dans les dortoirs empêche de les ventiler pendant l'hiver.

geusement reçu dans un bac contenant une solution désinfectante. Enfin, il serait peut-être bon de réserver, dans les murs, des armoires pour y déposer les appareils de nettoyage (balais, plumeaux, etc.).

Ce pavillon aura un premier étage destiné à servir de salles de rechange ; tous les deux mois par exemple, les enfants seraient transportés du dortoir du rez-de-chaussée au dortoir du 1er étage. C'est le seul moyen, sinon pour supprimer complètement, tout au moins pour diminuer autant que possible l'infection produite par ces enfants qui exigent des conditions d'hygiène beaucoup plus coûteuses que les enfants propres ou sains d'esprit. Enfin le bâtiment aura une galerie au rez-de-chaussée, une terrasse ou balcon au premier étage, afin de pouvoir faire aisément sortir les enfants, les exposer à l'air et à la chaleur et assainir les salles.

VI. HOPITAL. — Sous ce nom nous réunissons : 1° l'infirmerie ; 2° le pavillon des maladies contagieuses ; 3° le pavillon des cellules.

1° L'*infirmerie* renfermera 24 lits en 2 salles qui auront 7 à 8 mètres de largeur, et 5 m. de hauteur et un cube d'air d'environ 50 mètres par lit. Au centre : entrée, vestibule, office, pièce avec une baignoire, lavabos, cabinets d'aisances (un pour les enfants, un pour les infirmières), un urinoir, une armoire pour les balais, un vidoir, une salle pour les enfants convalescents et qu'on utilisera également comme réfectoire ; un cabinet pour le médecin, un cabinet pour la surveillante. Aux extrémités de chaque salle, 2 chambres d'isolement pour les malades douteux ou entrants, 2 chambres pour l'infirmière de jour et l'infirmière de nuit, une trémie pour le linge sale, disposée comme celle du bâtiment des gâteuses.

2° *Pavillon d'isolement.* — Ce pavillon, destiné aux

maladies contagieuses, comportera un sous-sol pour la réception dans un bac à désinfection du linge des malades et les calorifères. Au-dessus et au centre, le cabinet de la surveillante, l'office, les cabinets d'aisances, une baignoire, un vidoir. A droite, et à gauche, sur l'une des façades, 2 dortoirs de 6 lits. Sur l'autre façade, 4 chambres de chaque côté du service central, soit 4 lits de plus que dans le pavillon d'isolement de la section des garçons à Bicêtre. L'expérience nous a, en effet, démontré que cette augmentation de lits était nécessaire. Un couloir central longitudinal, terminé à chaque extrémité par une fenêtre, séparera les deux dortoirs de la série des chambres. Les chambres seront desservies par une *galerie* extérieure couverte. Chaque chambre sera pourvue d'une cuvette-lavabo. Les dortoirs seront munis d'un lavabo, d'une bonde à évacuation; les fenêtres seront larges avec balconnets assez élevés pour empêcher la chute des enfants. Les murs seront stuqués, les angles arrondis, le sol dallé avec bondes évacuatrices. Les cloisons seront en bois et vitrées de façon à rendre très facile la surveillance. Le cube d'air devra être de 50 mètres cubes. Au pavillon seront annexées 4 chambres au moins pour le logement du personnel de ce pavillon.

3° *Pavillon des cellules*. — Ce pavillon aura une disposition rectiligne. Le vestibule ouvrira sur une galerie courant tout le long du bâtiment. Au centre : 1° office, pierre d'évier, réservoir d'eau chaude pour les bains; 2° salle de bains; 3° water-closets. De chaque côté de ce service central, il y aura quatre chambres d'isolement ou cellules et une chambre d'infirmières. On adoptera pour les portes, les fenêtres, les murs, le chauffage, la ventilation, l'éclairage artificiel, les cabinets d'aisances, le coucher, la même disposition que dans le service de Bicêtre. Deux cellules seront capitonnées.

L'infirmerie, le pavillon d'isolement et les cellules seront à rez-de-chaussée.

4° *Pharmacie.* — Faut-il avoir une pharmacie complète avec laboratoire ; prévoir un pharmacien en chef et un logement pour lui? Ou faut-il se contenter d'une petite officine confiée à un interne en pharmacie, placée, moyennant une indemnité sous la surveillance du pharmacien en chef de l'Asile clinique ou, ce qui serait plus pratique, du pharmacien en chef de l'hospice de Bicêtre? Ce sont là des propositions que nous ne pouvons trancher sans l'avis de la Commission.

5° *Service des morts.* — Il pourra être fait, toute proportion gardée, sur le modèle du service similaire de l'Asile de Villejuif : salle de dépôt des morts, salle d'autopsie, salle d'attente, pour les familles moitié plus grande que celle de l'Asile de Villejuif, laboratoire, musée, logement du garçon d'amphithéâtre, etc., etc. Il sera entouré d'une double rangée d'arbres et placé autant que possible à proximité de la rue la plus voisine.

VII. — La disposition du sol nécessitera sans doute des sous-sols assez élevés ; ils pourraient être utilisés pour l'installation d'une *salle de bains de pieds*, d'un *magasin aux chaussures*, et d'une salle pour le *cirage des chaussures*, d'un *vestiaire* pour les effets des décédés, d'un *magasin* pour le remisage des outils des ouvriers et des jardiniers, etc. — Des *galeries* de communication relieront tous les différents services entre eux.

VIII. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — Partout, notamment aux classes et aux réfectoires, les vestibules d'accès seront vastes ; partout les portes et les couloirs devront être larges de manière à rendre la circulation facile et à éviter les bousculades et les rixes ; les car-

reaux des portes et des fenêtres seront notablement plus petits qu'à Bicêtre afin de diminuer les dépenses d'entretien occasionnées par le bris des carreaux. Tous les moyens de fermeture, les robinets d'eau, etc., seront à clef.

Tous les espaces libres situés entre les bâtiments seront aménagés en *jardins* pour l'enseignement (leçons de choses).

Le *chauffage* se fera autant que possible à l'aide de calorifères.

L'*éclairage* se fera à la lumière électrique.

Les constructions seront en fer et briques, couvertes en tuiles ou en ardoises.

Les *bâtiments existants* seront conservés tant qu'ils ne nécessiteront pas un entretien exagéré.

Les bâtiments d'habitation de ce qu'on appelle la ferme, pourraient peut-être, pendant un certain temps, être affectés au logement du *personnel secondaire*, par location en attendant l'expiration du délai pour que ces bâtiments fassent retour au département.

Eaux. — Nous avons souvent appelé l'attention du Conseil municipal et de l'Administration sur l'insuffisance de l'approvisionnement d'eau de l'hospice de Bicêtre. Bicêtre reçoit de l'eau de son puits, des sources de Rungis et de la Seine. Nous avons demandé l'augmentation de son appprovisionnement et montré la possibilité de l'approvisionner en eau de source. En effet, l'aqueduc de la Vanne passe à une distance peu considérable de l'hospice. M. Vaillant s'est fait l'interprète de notre vœu au Conseil municipal. Nous croyons que cette question devrait être examinée à propos de l'agrandissement de la Fondation Vallée.

Naturellement nous désirons voir cet établissement alimenté avec abondance en eau de source.

Cabinets d'aisances; Tout à l'égout. — 1° Les cabinets d'aisances seront généralement avec siège; parfois ils seront formés d'une cuvette garnie de bois. Tous seront pourvus de siphons, largement approvisionnés d'eau, avec chasses automatiques à l'entrée et à la sortie, de telle sorte que les enfants n'auront, ici comme partout, le maniement d'aucun appareil. Toutes les matières seront projetées directement à l'égout.

Égouts. — Il est absolument nécessaire que le futur asile soit pourvu d'une canalisation spéciale pour l'évacuation de ses eaux ménagères et de ses vidanges, car, en raison de la disposition du sol, il n'est malheureusement guère facile de songer à leur utilisation agricole comme nous n'avons cessé de le réclamer pour les asiles de la Seine (1) et comme nous l'avons proposé pour le cinquième asile.

Afin, Messieurs, de pouvoir vous renseigner exactement, nous avons dû, nous souvenant des difficultés qu'avait rencontrées M. Gallois lors de la construction de la section des enfants de Bicêtre, nous avons dû nous enquérir du régime de la canalisation souterraine de Bicêtre et de celui des rues de Gentilly les plus voisines de la Fondation Vallée. Dans ce but, nous avons eu recours à M. Delahaye, inspecteur du service d'architecture, chargé de Bicêtre, et en même temps conseiller municipal de la commune. Il s'est mis à notre disposition avec la plus grande obligeance et c'est d'après ses notes et le

(1) Voir les *Procès-verbaux* de la Commission de surveillance.

plan qu'il a bien voulu dresser que nous pouvons vous exposer la situation d'une façon sérieuse.

Les eaux-vannes de l'Hospice de Bicêtre sont amenées des divers services par des canalisations et des égouts dans le grand branchement ou espèce d'égout collecteur ayant sa naissance en un point élevé de l'hospice, près de la buanderie, passant par la partie nord du marais, le chantier à charbon, venant aboutir par la rue du Kremlin à l'Avenue de Bicêtre qu'il descend jusqu'à la rencontre de l'égout de la route de Fontainebleau.

Au moment de la construction du nouveau service des enfants idiots et épileptiques, afin d'éviter la construction d'égouts nouveaux, ce qui aurait été très dispendieux, M. Gallois a envoyé toutes les eaux tomber dans l'égout de la buanderie, à l'aide de tuyaux en grès vernissé de $0^{m},22$ de diamètre.

Le service des enfants idiots étant construit suivant la pente naturelle du sol, pente se dirigeant en sens inverse de celle de l'Avenue de Bicêtre, il en est résulté que la nouvelle canalisation n'a pu atteindre qu'un maximum d'un millimètre de pente par mètre. Cette faible pente devient de jour en jour insuffisante ; des engorgements se produisent à chaque instant par le fait de la stagnation des eaux.

Deux services du quartier des enfants idiots, le *pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses* et le *pavillon des cellules* se trouvent même obligés à cause de la pente du sol d'envoyer leurs eaux directement dans le ruisseau qui contourne l'hospice. Les eaux de lavage, de pansement, etc., de la partie la plus suspecte de la section coulent ainsi à air libre dans le ruisseau, sortent de l'hospice qu'elles contournent et descendent à Gentilly par la rue du Paroy jusqu'à l'Avenue Raspail où elles entrent en égout, c'est-à-dire après

un parcours au ruisseau d'eviron 1.400 mètres. C'est une pratique assurément très défectueuse, et qui exigerait un prompt remède.

En ce qui concerne la *Fondation Vallée*, actuellement, les eaux-vannes des bâtiments, des dortoirs, réfectoires, office, infirmerie, etc., s'écoulent dans des tuyaux en grès vernissé. Ces tuyaux, après avoir longé les bâtiments, se déversent sur le trottoir de la rue Benserade où elles coulent à air libre jusqu'au coin de la rue des Noyers pour se jeter ensuite dans la fausse Bièvre, près de l'avenue Raspail.

La rue Benserade qui longe la Fondation est dépourvue d'égouts, ainsi que la rue des Noyers qui lui fait suite. L'égout le plus voisin est situé sous l'avenue Raspail.

Sur le plan dont nous parlions tout-à-l'heure, M. Delahaye a indiqué, par un pointillé rouge, le tracé de l'égout à construire. Son point de départ est à l'angle de la route de l'Hay et de la rue Benserade, qu'il descend. Il recevrait sur son parcours les branments d'égout des futures constructions de la Fondation Vallée. Le tracé suivrait ensuite la rue des Noyers, puis à gauche, une petite voie non dénommée, conduisant à l'avenue Raspail, qu'il suivrait sur une longueur d'environ 200 mètres, distance à laquelle il se jetterait dans l'égout actuel. Le parcours total de l'égout à construire serait approximativement de 1.100 mètres.

La dépense pourrait être payée en partie par le département, en partie par la commune qui améliorerait la situation d'un de ses quartiers, en partie enfin par l'Assistance publique. La construction de cet égout permettrait, en effet, à l'hospice de Bicêtre d'y envoyer toutes les eaux-vannes du service des enfants idiots et épileptiques, en continuant cet égout à partir de la rue de l'Hay jusqu'aux murs de l'hospice, soit,

en droite ligne, sur une longueur d'environ 200 mètres (1).

Ce programme sommaire contient assurément des lacunes qui seront comblées naturellement lorsqu'on examinera les projets particuliers des bâtiments à construire plus tard. Tel qu'il est, il nous parait répondre aux désirs de la Commission d'avoir une idée générale de la disposition des divers services qui doivent composer le futur asile.

Le rapporteur, BOURNEVILLE.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous venez, Messieurs, d'entendre la lecture du remarquable rapport, présenté par notre collègue M. le Dr Bourneville au nom de la sous-commission chargée de l'étude du programme en vue de l'agrandissement de la Fondation Vallée, rapport dont un exemplaire vous a été adressé hier au soir à domicile. Si personne ne demande la parole sur la discussion générale, je vais donner lecture des questions suivantes que ce rapport renferme et que la Sous-Commission a eu à examiner. J'ajoute que cette sous-commission les a tranchées conformément aux indications du rapport de notre collègue.

1° Y a-t-il lieu de construire un asile pour les jeunes filles idiotes et arriérées sur les terrains de la Fondation Vallée?

Il me semble, Messieurs, que tous nous sommes d'accord pour qu'il soit procédé à cette construction dans un délai plus ou moins rapproché. Personne ne demandant la parole, je mets cette question aux voix.

La commission consultée émet, à l'unanimité de ses membres, le vœu qu'un asile pour les jeunes filles idiotes soit construit sur les terrains de la Fondation Vallée.

(1) Dans le cas où l'hospice, ce qui est très désirable, utiliserait le « Tout à l'égout » de la partie haute du service pour la culture du « Marais » — ce qui suprimerait les dépenses de vidange (15.000 fr.), et d'achat de fumier (3.000 fr.), il n'en faudrait pas moins remédier à la situation déplorable créée par le pavillon d'isolement.

M. LE PRÉSIDENT. La 2e question que nous avons à examiner est la suivante :

2° *Une superficie de 4 hectares et demi est-elle nécessaire à cette édification.*

M. le Dr Bourneville fait observer que la superficie occupée par les bâtiments de la section des enfants de Bicêtre contenant plus de 400 lits n'est que de 30.800 mètres carrés. Une étendue de 34 à 35.000 parait suffisante à notre collègue. La sous-commission a partagé son sentiment.

M. LE Dr BOURNEVILLE. — Cette superficie me parait d'autant plus suffisante que les bâtiments de la Fondation Vallée seront à un étage, alors que ceux de la section des enfants de Bicêtre ne sont qu'à rez-de-chaussée.

M. LE PRÉSIDENT. — Personne ne demandant la parole, je mets aux voix la proposition ci-après :

La Commission adoptant la décision prise par la Sous-Commission, estime qu'une superficie de 34 à 35.000 mètres carrés est suffisante pour la construction de cet asile, et que, pour obtenir cette superficie, il conviendrait d'acheter : A. Le terrain situé au-dessus de la *Fondation Vallée* entre la rue Benserade et la route de l'Hay, d'une contenance

de	14.400 m. c.
B. Le terrain enclavé dans le domaine d'une contenance de	1.828 m. c.
Total de ces terrains	16.228 m. c.
Cette étendue jointe à celle de la propriété actuelle	18.924 m. c.
donne pour le nouvel asile une étendue de	35.152 m. c.

Adopté à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT. Nous passons à la 3e question que la sous-Commission a résolue par l'affirmative.

3e *question. En attendant l'édification d'un plan d'ensemble, doit-on procéder à la construction d'un bâtiment de 100 lits, en vue d'y placer les jeunes filles internées à l'asile de Villejuif, sous réserve que ce bâtiment se reliera au plan d'ensemble?*

M. le D[r] BOURNEVILLE. — Le nombre des jeunes filles traitées à l'asile de Villejuif est de 56. Si la construction du bâtiment de 100 lits est votée par vous, il resterait encore une quarantaine de places à donner aux nouvelles entrantes, ce qui permettrait de faire face pendant quelque temps aux besoins de cette catégorie de malades.

La Commission consultée sur cette question émet le vœu qu'un bâtiment de 100 lits, se reliant à un plan d'ensemble, soit aussitôt que possible construit sur les terrains actuels de la Fondation Vallée.

M. le PRÉSIDENT la quatrième question est la suivante :

4e *question. Faut-il que tous les bâtiments à construire soient à un ou deux étages ?*

Cette question, une des plus importantes, a été examinée avec le plus grand soin par la Sous-Commission qui a fini par se ranger à l'avis de M. le D[r] Bourneville, lequel demande que ces bâtiments ne soient qu'à un étage en raison du genre de malades qu'ils sont destinées à loger et du danger que présente pour les enfants épileptiques et hémiplégiques la montée et la descente des escaliers.

M. le D[r] BOURNEVILLE. — Mon idéal serait de n'avoir que des bâtiments à rez-de-chaussée; mais en présence des impossibilités budgétaires qui ne permettent de mettre à la disposition de l'architecte, pour la construction de ce bâtiment, qu'un crédit de 232.000 francs et de la nécessité qui s'impose de dégager l'asile de Villejuif des petites filles qui l'encombrent, je me suis rallié à la construction de bâtiments à un étage.

M. LE ROUX. — En présence de la nécessité de se maintenir dans la limite d'une dépense de 232.000 francs et de donner asile à cent enfants, l'Administration avait soutenu un projet de bâtiment à deux étages qui, seul paraissait pouvoir répondre à ce programme; mais étant donné la solution adoptée par la Sous-Commission d'étude de laquelle il résulte que ce bâtiment, dont les frais de construction ne dépasseront pas la dite somme, contiendra quand même une centaine de lits, je ne m'oppose pas à ce qu'il n'ait qu'un étage.

M. le PRÉSIDENT. La sous-commission et l'administration étant d'accord, je vous propose, Messieurs, d'émettre un avis favorable à la présente proposition.

Chacun des bâtiments à construire et devant contenir une centaine de lits, sera à un étage.

Adopté à l'unanimité.

M. le PRÉSIDENT. — Reste à nous prononcer sur l'ensemble du projet.

M. PUTEAUX. — Dans le rapport qu'il a présenté, au nom de la Sous-Commission d'étude, M. le Dr Bourneville a traité d'une façon magistrale la question du programme d'ensemble des diverses constructions à élever sur les terrains de la fondation Vallée. J'ai en conséquence l'honneur de déposer la proposition ci-après :

La Commission, adoptant le programme d'ensemble élaboré par la Sous-Commission pour la construction des divers bâtiments en vue de l'agrandissement de la Fondation Vallée, émet le vœu que le service d'architecture. lors de la préparation des plans et devis, s'inspire des indications de ce programme énoncé dans le rapport de M. le Dr Bourneville.

Adopté à l'unanimité.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Reste à trancher la question de la pharmacie.

Y a-t-il lieu de placer à la pharmacie de la Fondation Vallée agrandie, un pharmacien en chef ou un interne en pharmacie. Au point de vue du programme général la solution de cette question s'impose. Il est, en effet, nécessaire de faire savoir à l'architecte s'il doit prévoir le logement d'un pharmacien ou celui d'un interne en pharmacie.

M. le Dr DUMESNIL. — A l'asile de Vincennes, il n'y a qu'un interne en pharmacie placé sous la surveillance du pharmacien de l'asile de Charenton. J'estime en conséquence que ce mode de procéder pourrait être appliqué à la pharmacie de la Fondation Vallée, dont l'interne serait placé, soit sous la surveillance du pharmacien de l'Asile clinique, soit sous celle du pharmacien de l'asile de Bicêtre.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part M. le PRÉSIDENT, M. le Dr BOURNEVILLE et M. LE ROUX, la Commission émet le vœu que la pharmacie de la fondation Vallée soit confiée à un interne en pharmacie logé dans l'établissement.

SECTION III : **Assistance publique.**

I.

Assistance des arriérés et des épileptiques adultes et enfants.

Nous avons profité de la visite faite dans notre service le 22 juin 1892 par la Commission de surveillance pour attirer son attention sur quelques points de la question si importante de l'assistance des épileptiques et des idiots de toute catégorie et, en particulier, des *semi-imbéciles* ou des *imbéciles améliorés*. Voici l'extrait du procès-verbal relatif à cette question.

J'ai fait réunir ici plusieurs catégories de malades ayant appartenu ou appartenant encore à mon service pour attirer votre attention sur quelques points relatifs à l'assistance des arriérés et épileptiques, enfants et adultes.

L'an dernier, lors des discussions sur les placements d'enfants, il a été dit que, jusqu'en 1877, les enfants ne passaient point par le bureau d'admission. J'ai fait faire la statistique des placements opérés à Bicêtre pendant onze ans. Elle nous montre qu'il y a eu :

ANNÉES.	PLACEMENTS volont.	PLACEMENTS d'office.
1869	2	46
1870	2	37
1871	3	49
1872	8	70
1873	8	58
1874	6	72
1875	5	64
1876	9	61
1877	5	51
1878	6	»
1879	7	»

Comme vous le voyez, le nombre des placements volontaires est très peu élevé et la très grande majorité des enfants passaient par le bureau d'admission et étaient placés d'office. Cependant les plaintes étaient nombreuses déjà contre le passage des enfants par le Dépôt.

On avait dit aussi que l'on admettait, comme dangereux et placés d'office, des enfants de moins de deux ans. A ce point de vue, je trouve pour cette période de onze ans :

Enfants au-dessous de 2 ans........	4
— — de 2 à 3 ans....	21
— — de 3 à 4 ans....	17

La limite pour l'admission des enfants a été fixée à deux ans par l'administration de l'Assistance publique bien avant mon entrée dans le service (1879). Je n'ai fait que la maintenir, j'ajoute que je suis partisan de cette limite, et même, parfois, d'une limite inférieure. Il y a quelques jours l'Administration a envoyé dans mon service un petit enfant de 18 mois, aveugle et idiot. Je n'ai pas protesté. Il s'agissait d'un enfant assisté. Que le département paie ici ou aux Enfants-Assistés, cela revient au même. Les enfants, pris à l'âge de deux ans, peuvent être beaucoup plus sûrement améliorés sinon guéris. D'ailleurs, les enfants à partir de cet âge s'ils

ne sont pas dangereux pour les grandes personnes, sont dangereux pour eux-mêmes et pour les autres enfants.

Ils ne font que se plaindre et crier, ce qui empêche les voisins et les enfants des voisins de reposer; ils sont méchants, destructeurs; ils griffent et ils mordent leurs frères et sœurs; ils gâtent, ce qui est une cause d'insalubrité. Le plus souvent même les parents n'ont pas de linge pour les changer. A ces divers titres ils doivent être placés dans une maison spéciale de traitement.

A l'appui voici un groupe d'enfants : L'enfant Baud..., a été renvoyé de l'asile maternel, de l'école, de partout. Les parents ont été amenés à le faire séquestrer pour éviter des accidents et des fugues.

L'enfant Lorra... exerce ses violences de préférence sur les enfants qui sont incapables de pouvoir lui rendre le mal qu'il leur fait. Elles consistent en égratignures qui ont pour siège principal les yeux, en coups de pied lancés énergiquement, en morsures. Il crache au visage; il jette par les fenêtres les objets à sa portée; il bouscule tout sur son passage, etc.

L'enfant Mighet... pince, mord, égratigne cherche à blesser avec des morceaux de verre, ou à faire tomber les enfants, à leur tordre les doigts, à leur mordre la verge, etc...

Les enfants Devism.., Laud.., Dunna.., déchirent leurs habits, égratignent, mordent les enfants et les infirmières, culbutent tout, etc.

L'enfant Hans... a de violents accès de colère dans lesquels il renverse les enfants, pousse des cris effrayants; grimpe sur les bancs, court, et se frappe la tête de tous côtés. Pendant ces accès, son visage est pourpre, ruisselant de sueur, les yeux sont hagards, le nez est pincé, les lèvres sont tremblantes. Ces crises durent 15, 20, 30 minutes. A la fin, le visage est très pâle l'enfant cherche à se faire caresser et pleure.

Multiplier ces exemples serait aisé.

Ceux-ci nous paraissent suffire pour démontrer, aux personnes qui en doutent, que les enfants hospitalisés ici sont dangereux pour eux-mêmes et pour les autres et

que leur internement est tout à fait indispensable et justifié.

J'ai parlé tout à l'heure de l'âge d'admission. Un mot de l'âge de sortie du service. Il est fixé à 18 ans administrativement. Nous y dérogeons avec l'assentiment au moins tacite de l'Administration et nous prenons généralement pour base le développement physique des malades.

Voici un groupe des PETITS de 18 ans et au-dessus :

Adel..., 26 ans, taille 1m. 46.
Cr..., 19 ans, taille 1m. 38.
Delcamb..., 19 ans, taille 1m. 33.
Gaut..., 19 ans, taille 1m. 37.
Gautr..., 20 ans, taille 1m. 27.
Jacq..., 20 ans, taille 1m. 15.
Naud..., 20 ans, taille 1m. 28.
Pet... E ..., 18 ans, taille 1m. 32.
Debar..., 27 ans, taille 0m. 91.
Gir..., 22 ans, taille 1m. 46.
Nig..., 18 ans, taille 1m. 22.

Comme vous le voyez, Messieurs, ces enfants, par l'exiguité de leur taille, par l'absence des caractères de la puberté, par leur apparence infantile ne peuvent être considérés *physiologiquement* ou *médicalement* comme des adultes. Leur maintien, ici, a donc sa raison d'être : ce sont encore des enfants. Je dois dire que la très grande majorité d'entre eux n'a pas le moindre intérêt pour moi ; ils sont trop vieux pour que j'espère en tirer plus que je n'ai pu le faire. En ne les faisant point passer aux adultes, *dans leur intérêt*, je ne cause assurément aucun préjudice scientifique à mes collègues des sections d'adultes.

Quant aux autres, aux GRANDS de 18 ans, voici ce qu'ils deviennent :

1° Les uns passent dans la section des ÉPILEPTIQUES. Il y a en a eu 4 en 1892, et 8 certificats de passage sont signés actuellement. Ils attendent des places,

2° D'autres, les arriérés, insuffisamment améliorés, toujours idiots, imbéciles ou pervers, passent dans la 1re et

la 2me section comme aliénés. Il y en a eu 22 en 1891 et 11 depuis le 1er janvier 1892, 2 certificats de passage sont signés.

3° D'autres, qui sont améliorés et sont jugés capables de se guider, mais ayant des infirmités graves, telle qu'une hémiplégie, ou une maladie chronique, passent dans la division des incurables de l'hospice, en voici quelques-uns....

Ces malades, au moment de leur envoi de la section des enfants dans l'hospice me promettent bien d'aller travailler de la profession que nous leur avons fait apprendre, dans les ateliers de la maison. Malheureusement, l'absence d'un règlement formel leur fait oublier — à la plupart — cette promesse. Ils usent et même abusent de cette liberté qui leur est accordée. Je crois, et c'est là un point que j'ai déjà signalé, qu'il serait nécessaire de les soumettre au moins durant plusieurs années à une réglementation : obligation du travail dans les ateliers ou les jardins de l'hospice, dans la mesure de leurs forces et de leurs aptitudes; sorties au dehors que sur une permission du directeur ou accompagnés de leurs parents.

J'ai dit que, parfois, ces malades abusaient de leur liberté, je citerai comme preuve le nommé Debéth..... dont voici les photographies : c'était un imbécile rentrant dans la variété décrite par quelques auteurs sous le nom de *fatuitas*. Nous en avions fait un bon ouvrier cordonnier; mais possédant des aptitudes musicales, il a délaissé l'atelier de cordonnerie où il pouvait, tout en gagnant quelque argent, être utile à la maison, pour aller faire de la musique dans les bals borgnes des environs. On lui avait à tort accordé des permissions de minuit, des permissions de découcher. Porté aux rapports sexuels, il ne s'est pas contenté des clientes faciles qu'il faisait danser, un jour il a tenté de violer une fillette d'une douzaine d'années, a été arrêté et condamné.

Sill.., que je vous montre, paralysé du côté gauche, ouvrier tailleur, pouvant être utilisé, a lâché l'atelier de couture et a trouvé à gagner davantage en faisant des courses chez un marchand du voisinage. Un jour, chargé

de faire des achats, il a oublié de s'acquitter de la commission, a dépensé les vingt francs qui lui avaient été confiés, et deux fois a été ramassé ivre-mort sur la voie publique. Il a été consigné pour plusieurs mois; j'ignore s'il a été obligé d'aller travailler à l'atelier de couture.

Ces faits — et j'en ai d'autres — prouvent la nécessité des mesures réglementaires dont j'ai parlé tout-à-l'heure.

4° D'autres de nos malades *sortent* étant améliorés ou guéris et n'ayant pas d'infirmités. Quelques-uns s'engagent dans l'armée. Tels sont : Ygon.., Bruck.., dont voici les photographies, Filh., aujourd'hui officier dans l'un des régiments de la garnison de Paris, Alvat..., maintenant ouvrier menuisier dans les ateliers du chemin de fer de Lyon, et qui est venu ce matin nous demander un service,

Un certain nombre de nos malades devenus libres exercent au-dehors le métier qu'ils ont appris ici : tels que Charpent.., Dezob.., Grand..., etc.. etc... Pour eux il faudrait l'appui d'une *Société de patronage*, afin de les soutenir,de les encourager, de les replacer quand ils n'ont plus de travail.

5° Enfin d'autres, après être passés de mon service dans les autres sections, sont rendus à la liberté par mes collègues, fatigués de leurs réclamations pour sortir. Soit insuffisance, paresse ou mauvaise volonté, soit parce que souvent, hélas! ils ne payent pas de mine, ils sont impuissants à se placer, ils font de grosses besognes, des courses dans les chantiers, aux halles, sur les quais, etc., sont inoccupés, mendient ou vivent je ne sais comment. Tels sont Gouv..., Auch..., qui vient d'être condamné à 8 jours de prison pour rixe avec les agents, Riedl... qui vient de subir une seconde condamnation et pour lequel j'ai réclamé l'intervention de notre vénéré et dévoué Président. Taes... que vous avez devant vous et qui ne peut trouver à s'occuper au-dehors.

Ce dernier groupe, assez important, est composé de malades qui souvent rentrent dans les asiles et d'où ils sortent, usant de leur liberté de la façon que je viens d'indiquer. Pour eux, le *patronage* ne serait peut-être pas

suffisant. Ce qu'il faudrait , afin d'en débarrasser partiellement nos asiles et de leur éviter le dépôt de mendicité. ou la prison, c'est une organisation spéciale. Il faudrait leur donner une *demi-liberté*, les maintenir dans un *demi-internement*, passez-moi le mot, en les utilisant dans les établissements hospitaliers en qualité d'hommes de peine, auxquels on donnerait un salaire restreint et qui ne pourraient sortir que dans des conditions particulières.

Ce mode d'assistance serait plus humain, moins coûteux et plus économique que l'abandon actuel. Il supprimerait la mendicité qu'exercent ces malades, les sauverait du dépôt de mendicité, de la prison où on les envoie trop souvent, quoique irresponsables.

J'ai pensé, Messieurs, que cette esquisse de quelques réformes dans l'assistanee de cette catégorie de malades pourrait être faite plus clairement ici en présence des faits, avec les malades sous vos yeux, que dans la salle de nos séances. J'ai été plus long que je ne l'aurais voulu, je vous prie donc de bien vouloir m'excuser.

M. LE PRÉSIDENT. — La Commission est vivement impressionnée par les considérations humanitaires que M. le Dr *Bourneville* vient de développer avec exemples à l'appui. Elle ne peut que prier l'Administration de l'assistance publique de vouloir bien étudier le difficile problème d'assistance à l'égard des personnes assez améliorées pour ne plus pouvoir être maintenues en état de séquestratior, mais, non assez valides d'esprit ou de corps pour gagner au-dehors, leur vie par le travail.

II.

Assistance des aliénés : des placements volontaires.

Messieurs,

L'an dernier, dans les séances du 12 mars, du 16 et du 30 avril, des 11 et 25 juin, la Commission de surveillance, vous ne l'avez sans doute pas oublié, s'est occupée du mode de placement des enfants dans les asiles (1). Cette discussion a montré la nécessité de préciser les conditions dans lesquelles devraient être faits les placements volontaires. Pour répondre au désir de la Commission, l'Administration, par l'intermédiaire de M. *Le Roux*, chargé de la direction des affaires départementales, a adressé à M. le *Président* de la Commission, un mémoire explicatif du règlement qu'il propose. Ce mémoire a été renvoyé à une sous-commission composée de MM. *Puteaux*, *Thulié* et *Bourneville*, exposant d'une façon très nette la situation et les réformes proposées, nous ne croyons mieux faire que d'en placer le texte complet sous vos yeux.

Paris, 6 avril 1892.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Les placements volontaires d'aliénés dans les asiles du département de la Seine et les quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière ont été, pour la première fois, réglementés par l'arrêté préfectoral du 15 janvier 1877, rendu après avis de la Commission de surveillance du 31 octobre 1876, et en

(1) Nous avons *reproduit* cette discussion dans notre *Compte-rendu pour 1891* (p. LXII-CVI). Ce rapport en est, en quelque sorte, la *suite* et la *Conclusion*.

exécution de la délibération du Conseil général du 9 décembre 1876. Aux termes de cet arrêté, les placements volontaires, sont divisés en placements payants et placements gratuits.

Les placements payants pouvaient être effectués directement dans chaque asile. Les placements gratuits devaient passer par le bureau d'admission de l'asile clinique.

Mais quel que fût le mode de placement, il était nécessaire, pour être admis, que l'aliéné eût son domicile de secours dans le département de la Seine. Le nombre de places dans chaque asile affecté à ces placements avait été fixé, par la délibération précitée du Conseil général à 330 pour l'année 1817: 170 places pour les aliénés payants, 160 pour les indigents; la même délibération fixait en outre le tarif des placements payants.

Ces dispositions ne furent pas modifiées pendant les années suivantes: 1878, 1879 et 1880. Mais en 1881, le Conseil général par une délibération du 5 décembre, rendue sur le rapport de M. le docteur *Bourneville* décida que le nombre des placements volontaires payants ou gratuits pouvait être illimité, et les autres dispositions étaient maintenues. Parmi ces dispositions, la plus importante était celle stipulant qu'aucun aliéné ne pouvait être admis que s'il avait son domicile de secours dans le département.

Ce domicile s'acquiert, aux termes du décret du 24 vendémiaire an II, par un séjour d'une année dans la même localité pour les individus majeurs. Mais à l'égard des mineurs, il est au lieu de naissance.

Par suite de ces dispositions, les enfants aliénés, nés hors du département de la Seine, mais dont les parents habitaient Paris ou les communes de la banlieue, ne pouvaient être maintenus dans les asiles de la Seine et devaient être envoyés dans l'asile du département d'origine.

Cette nécessité imposait aux intéressés, parents et enfants, une douloureuse séparation. C'est pourquoi le Conseil général, par une délibération du 9 mai 1881, autorisa l'administration à maintenir dans nos asiles les mineurs de 18 ans, originaire de Seine-et-Marne, dont les parents habitaient le département de la Seine depuis deux ans au moins. Cette délibération, bien qu'elle ne visât dans ces termes que les enfants originaires de Seine-et-Marne a été, en fait, et en s'appuyant sur les conclusions du Rapporteur au Conseil général, M. le Dr *Bourneville*, appliquée aux enfants originaires des autres départements.

Telles sont, dans leurs lignes principales, les dispositions qui sont encore en vigueur aujourd'hui. Cependant, si on se reporte au Tableau statistique des placements d'office et des placements volontaires, durant la période décennal 1880-1890 (Voir Rapport de service pour l'année 1890, page 16), on est amené à constater que si les placements volontaires ont toujours progressé, notamment en 1890, l'écart entre les deux modes de placements est toujours aussi élevé, alors qu'il serait désirable que l'admission des aliénés, par voie de placement volontaire, devint la règle habituelle.

Ce désidératum répond d'ailleurs aux intentions du Conseil général qui a maintes fois exprimé le vœu de voir se développer les placements volontaires dans les Asiles de la Seine, afin d'éviter aux malheureux qu'on est obligé d'interner dans un asile le passage par l'nfirmerie du dépôt.

Après étude de la question, l'administration a préparé un projet de règlement qui, sans modifier profondément l'ancien, contient des dispositions de natnre à répondre aux désirs du Conseil général.

Le projet, après avoir posé, dans son article premier, le principe de l'admission des placements volontaires d'aliénés dans tous les asiles et quartiers d'hospices de la Seine, repordiut dans les articles suivants: 2, 3, 4, 5, les dispositions formulées dans les articles 5, 15, 16, 17 et 18 de la délibération du Conseil général du 9 décembre 1876. Il a semblé qu'il y avait intérêt à réunir dans un seul document la réglementation complète des placements volontaires, de manière à en faciliter la connaissance au public auquel il sera distribué.

Les modifications principales consistent: d'une part, dans la suppression de toute distinction entre les placements volontaires payants et les placements volontaires gratuits; d'autre part, dans l'application aux placements volontaires du prix de journée, fixé annuellement par le Conseil général pour les placements d'office.

Actuellement, les placements volontaires payants peuvent être effectués directement dans tous les asiles de la Seine, tandis que les placements volontaires gratuits ne sont reçus qu'à l'Asile Clinique où ils doivent passer par le bureau d'admission. L'article 6 du nouveau projet dispose que dorénavant *toute personne atteinte d'aliénation mentale pourra être admise directement, par voie de placement volontaire, dans chacun des asiles et quartiers d'hospices de la Seine.*

On n'aperçoit pas bien, en effet, pour quel motif les familles qui sont dénuées de ressources se trouveraient privées d'une

faculté accordée à celles qui sont plus fortunées. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit avant tout de l'assistance à donner à une maladie d'une nature toute particulière et que les mêmes facilités doivent être accordées à tous pour l'admission de leurs aliénés dans les asiles publics.

L'adoption de cette mesure constituera un véritable encouragement pour les placements volontaires, puisque ceux-ci pourront se faire directement à tous les asiles tandis que les placements d'office sont obligés de passer par l'infirmerie du Dépôt et le Bureau d'admission de l'Asile clinique.

On pourra objecter que le plus souvent les familles conduiront leurs malades à l'Asile clinique, le seul qui soit dans l'intérieur de Paris, et que, par la force même des choses, les malades seront obligés d'être transférés dans un autre asile. L'article 7 a précisément pour objet de prévoir le cas où, en raison de l'encombrement, le malade ne pourrait pas être reçu au bureau d'admission de l'Asile clinique.

La seconde modification à introduire dans le règlement consiste dans l'application à tous les placements volontaires du prix de journée fixé annuellement par le Conseil général pour les placements d'office.

Lorsque le Conseil général, rétablissant les placements volontaires d'aliénés dans nos asiles, a institué deux catégories de placements volontaires, il a décidé que, pour les placements volontaires dits gratuits, le prix de journée applicable aux malades internés d'office pourrait être réclamé aux familles non indigentes; et, pour les placements volontaires payants, il a adopté le tarif ci-après.

Prix par mois:

	H.	F.
Asile Clinique	100 fr.	95 fr.
Villejuif	80	75
Vaucluse	80	75
Ville-Évrard . . . . ,	70	65
Bicêtre. . . . . . , . .	75	»
La Salpêtrière	»	65

La suppression de toute distinction entre les placements payants et gratuits aura l'avantage de mettre fin aux malentendus et aux supercheries qui se produisent actuellement. En effet, que se passe-t-il généralement? C'est que, pour

choisir leur asile, les familles signent une demande de placement; payent le premier, quelquefois le deuxième mois, puis excipent de leur indigence pour transformer le placement payant en placement gratuit. Par contre, les familles qui ont demandé le placement gratuit protestent lorsque l'Administration, estimant, d'après les résultats de l'enquête, que les frais de séjour doivent être recouvrés en totalité ou en partie, les met en demeure de payer.

En résumé, l'expérience faite des deux catégories de placement, instituées par le règlement de 1877, démontre que le mode du placement *dit payant* tend de plus en plus à tomber en désuétude. Il est facile de s'en convaincre, en rapprochant du chiffre de 1.046 placements volontaires effectués en 1890 les chiffres inscrits aux comptes des quatre asiles, au titre des Recettes provenant de ces placements. Ces recettes représentent seulement 48 placements payants sur 1.046.

Il convient d'ajouter que l'écart existant entre les prix de pension des payants et les prix de journée des indigents a pour ainsi dire disparu, par suite de l'augmentation progressive du prix de journée dans les asiles; et, en facilitant les placements volontaires, le département ne cherche pas à réaliser des bénéfices. Le prix payé par les familles doit être en réalité le remboursement pur et simple des frais de séjour, suivant le taux fixé chaque année par le Conseil général.

Cette modification a encore un avantage : elle abolit la distinction entre les payants et les gratuits, distinction choquante et qui n'a pas raison d'être puisque la loi permet de recouvrer les frais d'hospitalisation sur les parents en état de les payer et que tous ceux qui contribuent suivant leurs ressources, sans payer la totalité, ne peuvent être équitablement classés parmi les gratuits.

La distinction établie par le règlement entre les payants et les gratuits avait même amené quelques personnes à demander que des quartiers spéciaux fussent aménagés pour les payants. La question a été étudiée et l'on a dû reconnaître les difficultés qu'elle présente. Il faudrait, pour le petit nombre de payants (dont seraient exclus ceux qui ne paient que partie des frais de séjour), autant de quartiers que pour les autres, des séparations infinies, peut-être aussi un régime différent, des vêtements autres. Pour ceux-là, il y a la maison de santé de Ville-Evrard, qui, sans grande augmentation, répond à ces désidérata. Au reste, cette proposition a été envoyée à l'examen de la Commission de Surveillance qui présentera un rapport complet sur la question.

Les modifications dont nous venons de parler font l'objet des Art. 11 et 12 du projet nouveau.

Je dois, avant de terminer, appeler l'attention de la Commission sur les dispositions particulières aux placements des enfants. La Commission sait quelles sont les difficultés qu'ont soulevé ces placements et les plaintes légitimes provoquées par la promiscuité des adultes avec les enfants au Bureau d'admission. L'Administration a pu parvenir, avec le concours du Directeur de l'asile Clinique et du médecin du service de l'admission, à empêcher que les enfants ne séjournent au Bureau d'admission; mais l'inconvénient résultant de l'absence de local spécial pour les enfants subsiste toujours et réclame une solution longtemps attendue.

Dans les résolutions votées par le Conseil général dans la séance du 27 décembre 1891, sur le rapport de la 3[me] commission, figure l'invitation adressée à l'Administration d'examiner, pour la traduire en propositions précises, l'idée de la création d'un bureau de répartition spécial aux enfants idiots et arriérés. Par délibérations antérieures, le Conseil avait demandé que le service de répartition des enfants idiots et arriérés fût transféré à la Salpêtrière et confié au médecin résident de cet établissement. Mais l'Administration hospitalière a toujours objecté qu'elle n'avait pas qualité pour diriger un bureau de réception et de répartition et que ce soin incombait à l'Administration préfectorale. Il faut bien reconnaitre, d'ailleurs que transférer le bureau d'admission pour les enfants de l'asile Clinique à la Salpêtrière n'est pas résoudre la difficulté puisque des garçons et des filles seraient dans un établissement exclusivement réservé aux femmes (1).

Mais s'il ne parait pas expédient de transporter le Bureau d'admission pour les enfants, il semble qu'il serait possible d'étendre aux enfants aussi bien qu'aux adultes la faculté de pouvoir être admis directement, par placement volontaire, dans tous les établissements où il existe des quartiers d'enfants. C'est dans cet esprit qu'a été libellé l'art. 9 du projet nouveau. On pourra sans doute objecter que, par suite des facilités concédées aux placements volontaires, les quartiers d'enfants se trouveront toujours au complet, et que les enfants, internés sur réquisition du Préfet de Police, seront obligés de séjourner au Bureau d'admission de l'asile Clinique, faute de place dans les quartiers spéciaux ; mais il sera possible d'éviter cet inconvénient en donnant des instructions aux directeurs

(1) Il y a une salle d'hommes dans le service de M. Charcot.

de ces établissements pour que les enfants envoyés par l'asile Clinique soient toujours reçus, sauf à ajourner, lorsqu'on manquera de lits disponibles, les demandes de placements volontaires. En prévision de ces refus, le projet prévoit la tenue, dans chaque établissement d'enfants, d'un registre spécial où seront inscrites les demandes auxquelles il sera donné satisfaction, suivant l'ordre d'inscription et au fur et à mesure des vacances (1). Cette mesure n'aura d'ailleurs qu'un caractère transitoire et elle deviendra sans objet lorsque le Conseil général aura statué sur les projets d'agrandissement de la colonie de Vaucluse et de la fondation Vallée. L'adoption de ces deux projets aura pour résultat de mettre à la disposition de l'Administration un plus grand nombre de places pour les enfants idiots ou arriérés.

En rappelant dans la première partie de cet exposé les diverses délibérations du Conseil général sur la question des placements d'aliénés, je vous ai signalé la délibération aux termes de laquelle les mineurs de 18 ans, dont les parents habitent Paris depuis plus de deux ans, peuvent être maintenus dans nos asiles, bien qu'ils aient leur domicile de secours dans les départements où ils sont nés. La délibération ajoute que le département d'origine doit, dans ce cas, payer au département de la Seine le prix qu'il paierait dans l'asile où sont traités ses aliénés. Aujourd'hui, les départements refusent de reconnaître le droit aux secours pour tout enfant qui est l'objet d'un placement volontaire dans un asile de la Seine ; ils contestent même la légitimité des placements d'office qui les concernent, prétendant que l'internement de ces enfants ne rentre pas dans la catégorie de ceux prévus par l'article 18 de la loi de 1838. Plusieurs contestations de cette nature ont été déférées à M. le Ministre de l'Intérieur qui a donné gain de cause à ces départements; l'affaire a été portée devant le Conseil d'Etat où elle est encore pendante.

Le seul moyen de remédier à cette regrettable situation est de décider que les enfants dont les parents habitent Paris depuis un temps déterminé seront considérés comme ayant leur domicile de secours dans le département de la Seine. En ce qui concerne la durée du séjour, le Conseil ayant demandé que le domicile de secours fût modifié dans ce sens, que le domicile ne pût s'acquérir que par une résidence de trois années, il semble qu'il y aurait lieu de décider que, pour être

(1) Voir *Procès-verbaux de la Commission de Surveillance*, 1891, p. 168, et *Compte-rendu de Bicêtre pour 1891*, p. LXXXVI.

admis dans les asiles au compte du département de la Seine, les enfants, nés hors de ce département, devront habiter, ainsi que leurs parents, Paris ou le département de la Seine depuis trois ans au moins.

Quant à la limite d'âge qu'il conviendrait de fixer pour bénéficier de cette mesure, il serait à désirer, dans un intérêt d'humanité, que ces nouvelles dispositions pussent profiter à tous les mineurs de 21 ans, dont les parents ont fixé leur domicile dans la Seine depuis trois ans, au moment de l'internement. Par suite de leur état de minorité, ces aliénés ne peuvent, en effet, quelle que soit la durée de leur séjour dans la Seine, acquérir un autre domicile que celui de leur naissance aux termes du décret de Vendémiaire an II; ils se trouvent, dès lors, exposés à être transférés loin de leur famille, dans les asiles de leur département d'origine.

Mais le Conseil général ayant fixé cette limite d'âge à 18 ans, dans sa délibération du 9 mai 1881 l'administration ne croit pas pouvoir prendre l'initiative d'une extension qui ne laisserait pas que d'être une nouvelle cause d'aggravation des charges déjà si lourdes du service d'assistance des aliénés.

Sous le bénéfice de ces considérations, j'ai l'honneur de vous prier, Monsieur le Président, d'appeler la Commission de surveillance à délibérer sur le nouveau projet de règlement des placements volontaires d'aliénés dans les asiles de la Seine.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération,

LE PRÉFET DE LA SEINE.

Pour le Préfet et par autorisation.

Le Sous-Directeur chargé de la direction des affaires départementales,
HENRI LE ROUX.

I. — Il nous paraît utile de rappeler, tout d'abord, les passages de nos rapports au Conseil général concernant les placements volontaires auxquels il a été fait allusion dans la discussion de 1891 (1). Ce sera le complément de

(1) Voir le *Compte-rendu de 1891*, p. LXII-CVI.

notre réponse à ceux qui combattaient les réformes que nous reproposions.

26 novembre 1878. — « Votre Commission vous demande d'inviter l'Administration à faciliter les placements volontaires et à en abréger le plus possible les formalités. »

2 décembre. — « Le rétablissement des placements volontaires n'a supprimé le passage à la Préfecture que pour un nombre très minime d'aliénés indigents. En effet, il y a eu, en 1879, 25 placements volontaires à Vaucluse, 96 à Sainte-Anne et 4 à Ville-Évrard. Vous voyez par ces chiffres qu'une réforme est urgente et qu'il y a lieu d'inviter l'Administration à étendre les placements volontaires à tous les malades dont l'admission est sollicitée par les familles. »

Ces chiffres comprenaient les placements volontaires d'indigents et les placements payants. Malheureusement, les réclamations du Conseil général au sujet des placements volontaires ne furent pas indiquées dans le projet de délibération. Les errements anciens continuèrent.

27 novembre 1880. — Après avoir rappelé les inconvénients du passage des malades au Dépôt de la Préfecture de police et reproduit la citation qui précède, concernant les placements volontaires, nous ajoutions : « Votre Commission pense donc qu'il convient de maintenir les placements volontaires d'aliénés payants au même chiffre qu'en 1880 (soit 170), et de laisser pour les *placements volontaires* d'aliénés *indigents* toute latitude à l'Administration ; d'inviter la dite Administration à examiner d'urgence les demandes qui lui sont faites à ne pas prolonger pendant cinq à dix jours, comme cela se fait trop souvent, les réponses aux familles. »

30 novembre 1881. — Nous enregistrons une légère augmentation dans les placements volontaires et nous ajoutons : « Votre troisième Commission vous propose également de maintenir votre *délibération* de l'an dernier, donnant toute latitude à l'administation pour les placements volontaires d'indigents. »

Si le Conseil général avait accepté les propositions qui lui avaient été faites précédemment par sa 3e Commission, en réalité, le projet de délibération était muet. Aussi a-t-on profité de cet oubli.

Instruit par l'expérience, nous avons fait modifier dans le projet de délibération de 1881, l'article relatif aux placements volontaires qui a été ainsi rédigé :

Art. 2 — Il n'est rien changé pour 1882 aux dispositions admises en 1881, concernant les placements volontaires payants ou gratuits d'aliénés, dans les établissements du département de la Seine, sauf en ce qui concerne le nombre de ces placements *qui pourra être illimité.*

19 décembre 1882. — Voici ce que nous disions : « La situation étant restée la même, au nom de la 3e Commission, nous insisterons de nouveau, afin que vous invitiez l'Administration à tenir enfin compte de vos décisions. Dans le but de lui faciliter la tâche, vous avez décidé qu'il y avait lieu de lui accorder toute latitude pour les *placements volontaires d'indigents.* Malgré cela, la progression est très lente. En effet, on a compté 25 placements volontaires gratuits en 1880, 31 en 1881 et 35 du 1er janvier au 31 octobre 1882. D'où il suit que, malgré votre insistance, les familles pauvres trouvent toujours des difficultés à la Préfecture de la Seine pour le placement de leurs malades à Sainte-Anne, et qu'au lieu de les aider, on préfère les renvoyer à la Préfecture de Police. Il est temps que cette situation cesse; à vous d'exiger que l'Administration se conforme à vos vœux, en autorisant les familles à conduire *directement* leurs malades au Bureau d'admission. L'enquête nécessaire pour s'assurer de la situation de fortune des malades sera faite après l'admission, au lieu d'être faite avant, et il n'en résultera aucune perte pour les finances départementales. »

La persistance du Conseil général porta ses fruits. A partir de 1882, ainsi que le rappelle M. *Le Roux*, les placements volontaires d'indigents sont allés en croissant jusqu'en 1890. En 1890 et 1891, pour des raisons qu'il est superflu de rappeler maintenant, ils sont allés en décroissant. Mais, grâce aux mesures si libérales et si humaines qui vous sont proposées par l'Administration, il est certain

qu'ils iront de nouveau en augmentant, et on ne peut que féliciter M. *Le Roux* d'avoir eu l'idée, non seulement de réunir dans un seul document la réglementation complète des placements volontaires, mais encore, d'en faciliter la connaissance au public auquel le réglement sera distribué. Nous applaudissons d'autant plus aux intentions de M. *Le Roux*, qu'elles répondent absolument aux idées que nous avons si souvent exprimées. Puissent ses intentions généreuses passer dans la pratique et avoir des imitateurs (1)!

II. — L'Administration nous propose de donner (*Art.* 6) les mêmes avantages aux placements volontaires d'indigents qu'aux placements volontaires payants, en autorisant les familles des indigents à conduire directement leurs malades dans les asiles ou les quartiers d'hospice de la Seine. Peut-être y aurait-il eu avantage à faire passer tous les aliénés placés volontairement au Bureau d'admission, pour qu'ils y soient inscrits, en autorisant les familles à indiquer à l'occasion leur préférence? La pratique démontrera s'il y a lieu de modifier le règlement sur ce point.

III. — Nous ne saurions qu'approuver la proposition qui nous est faite d'appliquer à tous les placements volontaires le prix de journée fixé actuellement par le Conseil général pour les placements d'office.

IV. — La partie du mémoire de M. *Le Roux* qui a trait aux *placements volontaires des enfants* est tout à fait en

(1) « Suivant nous, disions-nous dans une conférence faite le 16 janvier 1892, sur le *Service des aliénés dans le département de la Seine*, les citoyens qui ont besoin de recourir à l'Assistance publique, soit pour l'inscription au Bureau de bienfaisance, soit pour l'admission dans les hospices, les maisons de retraite *ou les asiles d'aliénés*, devraient trouver dans les mairies, les maisons de secours et les établissements hospitaliers, des affiches leur indiquant d'une façon précise quelles sont les formalités qu'ils ont à remplir pour arriver au but qu'ils poursuivent. Et, dans les bureaux des mairies et de l'Assistance publique, ils devraient trouver tous les renseignements complémentaires dont ils ont besoin. En un mot, nous voudrions que les portes fussent largement ouvertes aux malheureux, tandis qu'aujourd'hui encore, ils trouvent presque partout devant eux mauvais vouloir et portes closes. Au lieu de l'appui bienveillant auquel les malheureux ont droit, ils ne reçoivent souvent que des fins de non-recevoir formulées plus ou moins brutalement. »

harmonie avec les idées adoptées par la Commission de surveillance et par le Conseil général. La réglementation proposée pour eux sera acceptée avec bonheur par les familles et en particulier par les familles des enfants qui sont nés en dehors du département de la Seine.

Il est à espérer qu'au Ministère de l'Intérieur, on finira par apprécier les sentiments d'humanité, qui ont décidé le Conseil général, la Commission de surveillance et l'Administration départementale, à consentir des sacrifices pécuniaires, afin de ne pas priver ces enfants, déjà si déshérités, des visites et de l'affection de leurs parents.

M. *Le Roux* nous propose de faire bénéficier de la générosité du Conseil général les enfants dont les parents habitent le département de la Seine depuis trois années. Nous avions fait adopter une durée de résidence de deux ans et cela dans l'intérêt même des enfants afin de ne pas retarder leur éducation, Nous acceptons cette fixation, convaincu que l'expérience dissipera les craintes qu'inspire à quelques-uns, au point de vue financier, les mesures humanitaires acceptées dans la Seine et qu'on en reviendra à la limite de deux ans.

M. *Le Roux* propose aussi, et avec raison, d'étendre cette mesure de 18 à 21 ans. Nous vous demandons d'émettre sur ce point un avis favorable qui rendra plus facile son intervention auprès du Conseil général.

Pour justifier les *placements volontaires* DIRECTS, c'est-à-dire faits immédiatement dans les asiles, sans le passage à l'infirmerie du Dépôt de la Préfecture de police ou plutôt à la prison, nous ne pouvons que renvoyer aux raisons que nous avons maintes fois exposées, notamment durant les séances de la Commission que nous avons rappelées au début de ce rapport (1). Elles sont d'ailleurs, conformes à l'esprit et à la lettre des circulaires ministérielles auxquelles il serait bon de se reporter de temps en temps — et cela s'adresse en particulier aux bureaux du Ministère de l'Intérieur — car elles montrent, on ne

(1) Voir le *Compte-rendu pour 1891*, p. LXXXI et XCVII.

saurait trop le redire, que la loi du 30 juin 1838 est, non seulement une *loi de police*, mais surtout une LOI DE BIENFAISANCE.

Les remarques qui précèdent ne changent rien au fond des propositions qui vous sont faites. Nous avons la conviction que les mesures proposées par l'Administration auront des conséquences heureuses pour les malades de nos asiles et pour leurs familles.

Nous concluons donc en vous demandant, au nom de votre sous-commission, d'accepter le réglement qui nous est soumis.

M. le PRÉSIDENT. — Vous venez, Messieurs, d'entendre la lecture du rapport que M. le Dr *Bourneville* présente sur cette importante question au nom d'une sous-commission composée de MM. *Puteaux*, le Dr *Thulié* et de lui.

La sous-commission propose l'adoption du projet de réglement sur les placements volontaires tel qu'il a été présenté par l'Administration et dont je vais vous donnner lecture :

RÉGLEMENT SUR LES PLACEMENTS VOLONTAIRES DANS LES ASILES.

ART. 1er. — Les placements volontaires d'aliénés sont autorisés dans tous les asiles publics du département de la Seine et les quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière, aux conditions déterminées dans les articles ci-après.

FORMALITÉS DES ADMISSIONS.

ART. 2. — Toute personne, atteinte d'aliénation mentale, peut-être admise, à titre de placement volontaire, dans un asile de la Seine, si elle est en possession du domicile de secours dans ce département. Le domicile de secours est acquis, pour les majeurs de 21 ans, par une résidence ininterrompue d'une année dans la même commune.

ART. 3. — Les demandes d'admission peuvent être formées par toutes personnes intéressées, parents, tuteurs, curateurs, amis et par le Maire de l'arrondissement ou de la commune.

ART. 4. — Toute demande d'admission doit être écrite et signée par la personne qui la présente ; si l'auteur de la demande ne sait pas écrire, celle-ci est reçue par le Maire

ou le Commissaire de police. Elle doit contenir les noms, prénoms, professions, âge et domicile tant de la personne qui la forme que la personne dont le placement est réclamé, et l'indication du degré de parenté, ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

ART. 5. — La demande doit être accompagnée :

1° D'un certificat du médecin constatant l'état mental de la personne à placer, indiquant les particularités de la maladie ainsi que la nécessité de faire traiter ladite personne dans un établissement d'aliénés. Ce certificat qui doit être légalisé, ne peut être admis s'il a été dressé plus de quinze jours avant sa remise au Directeur de l'asile. Le médecin signataire du certificat ne doit pas être attaché à l'asile, ni être parent ou allié au second degré, inclusivement, du Directeur de l'asile ou de la personne qui fait effectuer le placement;

2° D'une pièce constatant l'individualité de la personne à placer « bullelin de naissance, de mariage, livret de famille, etc... »

ART. 6. — Toute personne, atteinte d'aliénation mentale, pour le placement de laquelle, il est satisfait aux conditions indiquées ci-dessus, peut être admise directement dans tous les asiles publics de la Seine, ainsi que dans les quartiers d'hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. Toutefois les placements d'aliénés épileptiques ne peuvent avoir lieu directement que dans les asiles où il existe des quartiers spéciaux d'épileptiques (1).

ART. 7. — A défaut de places disponibles dans l'asile où il est conduit, l'aliéné peut toujours être admis à l'Asile clinique, rue Cabanis, (14e arrondissement) d'où il est dirigé, par voie de répartition, sur les asiles ou quartiers d'hospices, suivant les places disponibles et en tenant compte, dans la mesure du possible, des préférences des familles.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX ENFANTS AGÉS DE MOINS DE 18 ANS, ALIÉNÉS OU IDIOTS.

ART. 8. — Les enfants aliénés ou idiots. âgés de moins de

(1) Ces asiles sont : pour les épileptiques du sexe masculin : l'asile de Ville-Évrard et le quartier d'hospice de Bicêtre; pour les épileptiques du sexe féminin : l'asile de Villejuif et le quartier d'hospice de la Salpêtrière.

18 ans, qui, par le fait de leur naissance en dehors du département de la Seine, ont leur domicile de secours dans un autre département, peuvent néanmoins être admis dans les asiles de la Seine, lorsque les parents sont domiciliés à Paris ou dans une commune de la Seine, depuis trois ans, au moment de la demande d'admission, et qu'ils habitent avec eux.

ART. 9. — Les placements volontaires d'enfants aliénés ou idiots, âgés de moins de 18 ans, peuvent avoir lieu directement dans les établissements où il existe des quartiers spéciaux affectés au traitement des enfants (1).

ART. 10. — A défaut de places disponibles dans ces établissements, et aucun enfant ne devant séjourner à l'asile Clinique, les demandes de placement volontaire auxquelles il ne peut être donné satisfaction immédiate sont inscrites, sur un registre spécial ouvert dans chaque établissement où il existe un quartier d'enfants. L'admission des enfants a lieu dans l'ordre rigoureux des inscriptions et au fur à mesure des vacances.

PRIX DE JOURNÉE.

ART. 11. — Le prix de journée dans les Asiles publics et quartiers d'hospice de la Seine est le même, pour les aliénés placés volontairement, que le prix de journée fixé annuellement par le Conseil général pour les aliénés placés d'office.

ART. 12. — Le prix est recouvré, mensuellement, par les soins et à la diligence de l'Administration départementale, après enquête sur les ressources de l'aliéné et de ceux qui sont tenus, vis à vis de lui, de la dette alimentaire, aux termes des articles 205 et suivants du Code civil.

ART. 13. — Les demandes relatives aux dispenses totales ou partielles de paiement de la dépense de l'aliéné placé volontairement doivent être adressées au Préfet de la Seine qui statue suivant les règles fixées par la loi et les instructions ministérielles.

M. le PRÉSIDENT. — Si personne ne demande la parole, je vais mettre aux voix l'adoption de ce règlement.

M. BAILLY. — La question qu'on soumet aujourd'hui à notre examen est d'une importance capitale pour les finances du

---

(1) Ces établissements sont; la colonie de Vaucluse et le quartier spécial de l'hospice de Bicêtre, pour les garçons : la Fondation Vallée (Gentilly) et le quartier spécial de l'hospice de la Salpêtrière, pour les filles.

Département dont elle augmentera certainement les dépenses. Nous n'avons pu, d'ailleurs, l'étudier, puisque le rapport de la Sous-Commission ne nous a pas encore été communiqué. Je propose en conséquence à la Commission de vouloir bien décider l'impression et la distribution en épreuves du rapport de M. le Dr *Bourneville* et du projet de règlement présenté par l'administration. Nous pourrons ainsi nous faire une opinion raisonnée sur un certain nombre d'articles de ce projet que j'ai l'intention de combattre.

M. le PRÉSIDENT. — La question des placements volontaires dans les asiles est une de celles qui depuis longtemps occupent notre attention; elle a été à diverses reprises discutée par nous. Tous ou presque tous, nous avons été d'avis qu'il y avait lieu d'apporter des modifications au règlement actuel concernant ces placements.

L'Administration a soumis à la Commission un travail d'ensemble; une Sous-Commission a été chargée de l'examen de ce travail et nous présente aujourd'hui son rapport concluant à l'adoption des propositions de l'administration.

Il me semble donc que la question a été suffisamment étudiée pour que nous puissions nous prononcer dans la présente séance.

M. LE ROUX. — L'Administration voudrait soumettre ce projet de règlement au Conseil général au cour de la session extraordinaire qu'il va tenir dans quelques jours; mais il ne peut le faire qu'autant que la Commission aura exprimé son avis sur cette question.

M. le PRÉSIDENT. — Quelqu'un appuie-t-il la proposition de notre honorable collègue, M. *Bailly*, tendant à l'impression et à la distribution en épreuves du rapport de la Sous-Commis sion sur le projet du règlement dont il s'agit? — Personne n'appuyant cette proposition je mets en discussion les conclusions du rapport de la Sous-Commision.

M. BAILLY. — Le projet de règlement qu'on nous soumet a pour but de rendre plus faciles, très faciles même, les placements volontaires d'adultes et d'enfants. Cette faculté accordée au public de pouvoir placer plus facilement ses malades, aura très prochainement pour effet :

1° D'encombrer nos asiles et nos quartiers d'aliénés et par suite de retarder et même d'empêcher l'admission des malheureux sans famille et sans amis;

2° D'accroître considérablement les dépenses que le Département ne cesse de s'imposer pour le traitement des aliénés.

Je comprends que, dans un but humanitaire, on veuille éviter à ces malades, le passage par l'Infirmerie du Dépôt et leur transport à l'asile Clinique par les voitures cellulaires; mais alors entendons-nous, choisissons un autre procédé, et ne faisons plus passer nos malades par la Préfecture de police. Quant aux enfants épileptiques, idiots et arriérés, nous pouvons attendre, avant de les admettre à première demande, le vote de la nouvelle loi en préparation et surtout la construction de nouveaux bâtiments. — Rien ne nous presse.

Tout en rendant hommage aux sentiments humanitaires qui ont inspiré l'Administration et la Sous-Commission, sentiments que je partage d'ailleurs, et afin d'éviter que les autres départements ne nous envoient pas leurs enfants idiots et épileptiques à hospitaliser, je prie la Commission de vouloir bien ajourner la question de ce règlement jusqu'après le vote, par la Chambre des députés, du projet de la loi *Reinach*, qui je l'espère, imposera, soit aux départements, soit aux communes, l'hospitalisation de leurs enfants.

M. LE ROUX. — L'Administration, en présentant ce projet de règlement, a tenu compte des observations qui lui ont été faites tant par le Conseil général que par la Commission de surveillance, d'éviter, autant que possible, le passage des malades et surtout des enfants, par l'Infirmerie spéciale du Dépôt. En prescrivant leur placement direct dans nos établissements, nous n'augmenterons pas sensiblement le nombre des malades; nous ne ferons qu'éviter aux familles un certain nombre de démarches pénibles et surtout le transport de leurs aliénés à cette Infirmerie et de là à l'asile Clinique par les voitures cellulaires.

En outre, nous revenons purement et simplement à l'application de la loi de 1838, en vertu de laquelle les placements volontaires peuvent avoir lieu directement dans les asiles.

M. le PRÉSIDENT. — Il est évident que l'adoption de ce

règlement aura pour effet, dans un temps plus ou moins rapproché, une augmentation de dépenses ; mais il présente tant d'avantages au point de vue de l'humanité qu'il ne me semble pas possible que nous puissions le repousser.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Ce qui préoccupe M. *Bailly* c'est la crainte que l'application de ce réglement n'entraine une augmentation de dépenses, en facilitant le placement des aliénés et surtout celui des enfants épileptiques ou idiots. Cette préoccupation est légitime ; mais c'est la même préoccupation qui m'a fait agir en vous proposant l'adoption des conclusions de mon rapport. Un certain nombre de familles, pour éviter le passage par l'Infirmerie du Dépôt près la Préfecture de police, gardent leurs malades et ne se décident à les y conduire qu'après épuisement de leurs ressources et alors que la maladie s'est agravée et est devenue incurable. Aussi qu'arrive-t-il ? C'est que ces malades, une fois placés, guérissent difficilement, si même ils guérissent. Par suite, ils restent plus longtemps dans nos établissements, qu'ils finissent par encombrer.

Si les malades étaient placés au début de leur accès, ils auraient plus de chance de guérison. Plus elle est traitée à une période voisine du début, plus l'aliénation mentale est guérissable : c'est l'opinion unanime de tous les médecins aliénistes.

Cette règle générale est surtout applicable aux enfants. Plutôt ils sont placés dans les quartiers spéciaux, plus ils sont susceptibles d'amélioration et de guérison. D'ailleurs, en ce qui les concerne, beaucoup de départements se préoccupent déjà de leur hospitalisation. Je citerai, entre autre, la Seine-Inférieure et la Nièvre. Dans quelque temps nous aurons donc de moins en moins à craindre l'hospitalisation des enfants étrangers à la Seine. L'impulsion étant donnée, d'autres départements suivront.

M. *Bailly* demande qu'avant de rien faire, nous attendions le vote de la loi en préparation ; mais outre que le vote de cette nouvelle loi peut se faire attendre encore longtemps, nous n'avons qu'à nous reporter, aux termes du deuxième paragraphe de l'article 25 de la loi du 30 juin 1838, relatif aux placements volontaires, pour reconnaitre que le législateur a

voulu édicter non une loi de police, mais une loi de bienfaisance.

Les circulaires ministérielles qui ont suivi la loi du 30 juin 1838 ont souvent rappelé aux Préfets qu'ils devaient autant que possible faciliter aux familles le placement volontaire de leurs malades.

Je prie, en conséquence, la Commission de vouloir bien adopter les conclusions de mon rapport, ainsi que le projet de réglement qui nous est présenté, dont les dispositions sont en parfait accord non seulement avec la législation actuelle, mais encore avec les votes souvent réitérés du Conseil général.

M. le PRÉSIDENT. — Si personne ne demande plus la parole, je mets aux voix l'adoption des conclusions du rapport présenté par M. le Dr *Bourneville*, au nom de la Sous-Commission.

Ces conclusions sont adoptées par sept voix contre une abstention, sur huit membres présents.

M. le PRÉSIDENT. — Je mets maintenant aux voix l'adoption du projet de réglement en treize articles présenté par l'Administration sur les placements volontaires.

La Commission consultée émet un avis favorable à ce projet de réglement par sept voix contre une abstention sur huit membres présents.

III.

De l'éducation d'une catégorie spéciale d'enfants arriérés.

Au commencement de l'année 1892, nous avons reçu la visite de Mrss. Burgwin qui nous était adressée par le School Board for London. Sa lettre d'instruction indiquant l'objet spécial de cette visite nous la reproduisons :

A Monsieur le Dr BOURNEVILLE.

13 janvier 1892.

Monsieur,

Le Bureau des Ecoles de la Ville de Londres est sur le point de fonder une école pour l'instruction spéciale des enfants, qui, en raison de leur état maladif, tant au point de vue physique qu'au point de vue mental, ne peuvent recevoir d'une façon convenable l'enseignement dans les écoles ordinaires et par les méthodes en usage.

Le Bureau désire donc se rendre compte par lui-même de l'expérience des personnes qui ont été appelées à la direction d'écoles similaires sur le Continent.

En conséquence, je prends la liberté, au nom du Bureau des écoles de la Ville de Londres, de vous demander le concours de vos conseils éclairés sur cette matière, et de vouloir bien initier à votre méthode Mistress Burgwin, l'une des directrices du Bureau, qui a été choisie pour prendre la direction des classes qu'il s'agit de créer.

Le Bureau sait que vous avez la direction d'une institution semblable à celle qu'il a en vue; aussi vous serait-il très reconnaissant de permettre à Mistress Burgwin de visiter vos

Ecoles, et lui donner tous les renseignements et documents qui peuvent lui être utiles.

J'ai l'honneur d'être, Monsieur, avec la plus haute considération, votre dévoué serviteur, etc...

Nous avons eu déjà l'occasion de signaler à maintes reprises l'utilité qu'il y aurait à créer dans les villes un peu importantes et à Paris dans chacun des vingt arrondissements une ou plusieurs classes spéciales pour les enfants au-dessous de la moyenne et d'instituer pour ces enfants un enseignement spécial analogue à celui qui existe pour les enfants arriérés. Ces enfants sont la risée de leurs camarades et nécessairement se trouvent plus ou moins délaissés par les instituteurs qui les considèrent comme des non-valeurs. Nous avons donné des renseignements sur ce qui se fait déjà pour eux dans un certain nombre de villes d'Allemagne. Nous avons soulevé cette question l'an dernier à la délégation cantonale du Ve arrondissement, sans avoir pu jusqu'ici la faire aboutir. Nous en avons également entretenu notre ami, M. Léon Bourgeois, quand il était ministre de l'instruction publique; nous devions même lui adresser sur ce sujet, à notre avis très intéressant, une lettre ouverte. Les circonstances nous en ont empêché. Nous avons cru devoir soulever de nouveau la question au sujet de la mission de Mistress Burgwin. (1)

(1) Voir : *Archives de neurologie*, 1893, n° 73, p. 156.

DEUXIÈME PARTIE

—

Clinique

I.

Idiotie méningitique;

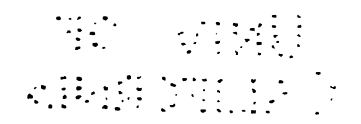
PAR BOURNEVILLE et NOIR.

SOMMAIRE. — *Père et grand-père paternel, excès de boisson. Tante paternelle, suicidée. — Mère, convulsions de l'enfance, suivies de strabisme; alcoolisme; morte aliénée. — Grand-père maternel, méchant et violent, alcoolique. — Sœur gourmande et voleuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 ans. — Crises éclamptiques durant la grossesse. — Lymphatisme. — Idiotie complète : parole et marche nulles; gâtisme; aucune connaissance des personnes. — Rougeole à la période d'incubation, au moment de l'admission; marche de la température; — Otite précédée d'une ascension thermométrique; — broncho-pneumonie : mort : élévation considérable de la température après le décès.*
Autopsie : état des sutures; — lésions de méningo-encéphalite chronique; — persistance du thymus.

Touch... Jean-Etienne, 3 ans, né le 7 février 1889, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise), est entré le 25 janvier 1892, à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Cet enfant, placé d'office comme étant atteint d'idiotie, fut dès son entrée envoyé au pavillon d'isolement, car il présentait sur la tête plusieurs plaques de *teigne tonsurante*. Le lendemain on notait une éruption, la rougeole, maladie qu'il avait contractée à l'hôpital des Enfants-malades où il a fait un séjour de deux semaines avant de venir dans notre service.

Renseignements fournis par son père (8 février). — *Père,* 40 ans, blanchisseur. Il raconte qu'il n'a marché qu'à 3 ans, que pendant son service militaire en Afrique, il a eu une fièvre



typhoïde accompagnée d'un violent délire ; aucun trouble nerveux appréciable n'a succédé à cette maladie. Il avoue qu'il a rapporté d'Afrique l'habitude de prendre la goutte tous les matins et avant chaque repas un verre d'absinthe. Du côté paternel, signalons le grand-père alcoolique, mort des suites, d'une phlébite. La grand'mère morte d'une ascite (?) vers 38 ans et une tante, sœur de celle-ci, qui se suicida par chagrin d'amour.

Mère, fille d'un alcoolique, mort à la suite d'un accident survenu pendant qu'il était ivre, et d'une femme estropiée, contrefaite, « *asthmatique* », ne tarda pas à se livrer à des *excès de boisson « pour se consoler des mauvaises affaires que faisait le ménage »*. Elle parvint à boire en moyenne un litre de rhum par jour et fut bientôt frappée d'*aliénation mentale* avec délire furieux qui nécessita son internement à l'asile de Clermont (Oise) où elle a succombé. Dans son enfance, elle avait été atteinte de *convulsions*. Un certain degré de *strabisme* persistant en aurait été la conséquence. *On ne peut donner d'autres renseignements.*

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 ans.

10 *enfants*, 5 sont morts : 2 d'affections aiguës ; 1 athrepsique, 8 jours après sa naissance ; un autre pendant l'accouchement, enfin un dernier vint à 6 mois non viable ; une frayeur avait provoqué cette fausse couche. Parmi les 5 enfants vivants, signalons un jeune garçon de 13 ans, méchant et violent, une petite fille de 8 ans, gourmande et ayant, d'après les dires de son père, une tendance au vol très marquée pour satisfaire sa gourmandise ; notre petit malade, l'avant-dernier des enfants et une dernière fille, faible et mal portante.

Antécédents personnels. — Lors de la *conception*, la mère commençait à se livrer à ses excès alcooliques. Pendant sa *grossesse*, elle a eu deux *attaques d'éclampsie* (?) bien caractérisées. — L'*accouchement* s'est fait normalement et sans chloroforme. L'enfant, à *la naissance*, n'était pas asphyxié et semblait bien constitué ; il fut envoyé en nourrice aux environs de Dijon et allaité avec du lait de vache. Il resta chez sa nourrice jusqu'à 3 ans, eut sa première dent à 7 mois, ne parvint jamais à parler, ni à marcher. La nourrice, dont les renseignements semblent sujets à caution, aurait affirmé au père que *l'enfant n'avait jamais eu de convulsions*, ni de maladies graves durant le séjour qu'il fit auprès d'elle (?).

État actuel (25 *janvier*). — *Peau* blanche et laiteuse; cheveux chatains blonds, quelques ganglions inguinaux engorgés à droite (lymphatisme). — La *tête* est asymétrique; la bosse pariétale droite est plus saillante. — *Face* ovale; front un peu bombé; arcades sourcillières peu proéminentes, recouvertes de sourcils peu fournis. La *voûte palatine* est très excavée, les amygdales sont volumineuses. La *dentition* est normale. Les *oreilles* bien ourlées et à lobules assez volumineux s'écartent d'une façon caractéristique. Signalons comme particularités, les difformités qu'offrent les mains de l'enfant, surtout la main droite qui est en demi-flexion sur l'avant bras; les quatre derniers doigts sont demi fléchis sur le métacarpe. Toute la main est légèrement déviée sur le bord cubital.

L'enfant ne reconnaît personne, ne parle pas, et gâte continuellement. L'examen des organes des *sens*, en raison de son état intellectuel, est difficile, néanmoins nous avons pu constater l'intrégrité des réflexes pupillaires et la conservation de la sensibilité qui toutefois paraît un peu obtuse. Ni sucre, ni albumine dans les urines. — L'enfant est très abattu, paraît souffrant et pousse des cris plaintifs. T.R. 38°,3.

26 *janvier*. — *Matin* : T. R. 37°,4. — *Soir* : T. R. 39°,3.

27 *janvier*. — *Eruption morbilleuse* caractéristique sur la face et le corps. Catarrhe conjonctivo-rhino-pharyngien peu accentué. Pas de signes pulmonaires. *Matin* : T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°.

28 *janvier*. — L'éruption pâlit sur le corps, devient confluente à la face. A l'auscultation, respiration rude des deux côtés. *Matin* : T. R. 39°,8. — *Soir* : T. R. 39°.

29 *janvier*. — *Matin* : T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 38°,8.

30 *janvier*. — L'éruption a disparu presque complètement; quelques râles muqueux et sonores dans les poumons.

31 *janvier*. — *Matin* : T. R. 37°,7. — *Soir* : T. R. 38°,8.

2 *février*. — Adynamie. Lèvres fuligineuses. Langue sèche. Râles muqueux très nombreux dans toute l'étendue de la poitrine à droite et à gauche. *Matin* : T. R. 38°,2. — *Soir*: T. R. 38°,4. Ventouses sèches, potion calmante.

3 *février*. — État à peu près stationnaire. — *Matin* : T. R. 37°,9. — *Soir* : T. R. 38°,2. Sirop d'ipéca.

4 *février*. — *Matin* : T. R. 39°,1. — *Soir* : T. R. 39°.

6 *février*. — Adynamie plus accentuée. Même état des poumons. *Matin* : T. R. 39°. — *Soir* : 39°,2. Potion avec Banyuls et extr. de quinqnina..

7 *février*. — *Matin* : T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 38°,7.

8 *février*. — Dyspnée plus intense. *Otite moyenne suppurée*. Etat adynamique profond. *Matin*: T. R. 38°, 9. Mort une heure après la visite. T. R. après le décès, 41°, 2 ; un quart-d'heure après le décés 41°; une heure après, 40°1 ; deux heures après, 38°; trois heures après, 36°, 1.

Mesures de la tête (février 1892).

Circonférence horizontale maxima	47
Demi-circonférence bi-auriculaire	20
Distance de l'art. occipito-atloïdienne à la racine du nez	23
Diamètre antéro-postérieur maximum	15
— bi-auriculaire	10
— bi-pariétal	13
— bi-temporal	11,5
Hauteur médiane du front	6
Poids	16 k. 500
Taille	1 m. 02

AUTOPSIE (10 février 1892). — Poids du cadavre après le décès : 16 kgr. 200. — *Rigidité cadavérique* disparue, tissu cellulo-adipeux peu abondant. A l'ouverture de l'abdomen on ne voit rien d'anormal.

Cou. — *Corps thyroïde* (7 gr.) normal. — *Thymus* persistant 10 gr). — *Larynx* et *trachée* normaux.

Thorax. — On ne constate pas d'adhérences pleurales, ni de lésions des plèvres tant pariétales que viscérales. — *Péricarde*, rien de particulier. — *Cœur* normal (20 gr.), trou de Botal obturé. — *Poumon gauche* (120 gr.) fortement congestionné et présentant sur toute son étendue des nodules hépatisés de *broncho-pneumonie.* Sur une coupe, les bronches laissent sourdre à la pression des gouttelettes muco-purulentes. — *Poumon droit* (160 gr.), congestionné, montrant des lésions analogues à celles du poumon gauche, mais moins intenses cependant. — *Ganglions médiastinaux* non engorgés.

Abdomen. — *Foie* (500 gr.), sain. — *Vésicule biliaire* sans calculs. — *Rate* (55 gr.). — *Reins droit* et *gauche* (65 gr. chacun), normaux.

Estomac, pancréas (15 gr.), *intestins, uretères* : aucune lésion.— *Vessie* vide et sans calculs.

Tête. — Voûte et base du *crâne* asymétriques ; aplatissement prononcé de l'occipital à gauche, d'où rétrécissement de la fosse

correspondante. *Calotte* présentant l'épaisseur normale de celle d'un enfant de cet âge. Bosses asymétriques. Bosse pariétale droite un peu saillante : plagiocéphalie. Fontanelles oblitérées ; zone transparente à la partie postérieure des deux pariétaux. Deux zones transparentes à 15 mm. environ de la suture fronto-pariétale sur la ligne médiane. La zone droite a 15 mm. de largeur sur 20 mm. de longueur et s'étend jusqu'à la suture sagittale, où elle se fusionne avec la zone gauche, qui a 15 mm. de long sur 10 mm. de large. Un léger épaississement linéaire sépare ces deux zones. Une petite surface transparente de 10 mm. sur 3 mm. existe encore au niveau de la partie interne de la bosse pariétale droite à 2 cm. environ de la suture sagittale. — *Sutures*. Il n'y a pas de traces de la suture métopique. La suture fronto-pariétale, est un peu sinueuse à sa partie médiane, offre la forme d'un S italique très allongé ; elle devient un peu sinueuse à ses parties latérales. La suture sagitale d'abord rectiligne et légèrement sinueuse, présente à sa partie médiane des dentelures plus grandes pendant 3 cm. environ pour redevenir presque rectiligne à son tiers inférieur. La suture lambdoïde, régulière, est très dentelée à gauche, à droite elle est plus irrégulière et à sinuosités plus petites. Ni sur la face interne, ni sur la face externe, on ne trouve la plus légère trace de synostose.

Crâne assez dur; épaisseur variant de 3 à 6 millim. — A l'ouverture du crâne il s'est écoulé une assez grande quantité de *liquide cephalo-rachidien*. La *dure-mère*, très adhérente, surtout aux points d'insertion de la faux du cerveau, se détache très difficilement au niveau de l'angle antérieur des pariétaux. Les *artères de la base* sont symétriques. La *pie-mère* cérébrale est très notablemant hypérémiée. Sa vascularisation est plus prononcée au niveau de la région sylvienne de l'hémisphère gauche et du bord supérieur de cet hémisphère. A droite elle présente des adhérences au niveau du pli pariétal inférieur et du lobe frontal. La décortication néanmoins s'opère assez facilement.

Encéphale	896 gr.
Hémisphère cérébral droit	410 »
Hémisphère cérébral gauche	400 »
Cervelet et ithsme	90 »
Hémisphère cérébelleux droit	40 »
Hémisphère cérébelleux gauche	35 »
Bulbe et protubérance	15 »

Cerveau. Hémisphère droit. — a) Face convexe. Le lobe

frontal est nettement limité en bas par la scissure de Sylvius profonde, et permettant de voir nettement dans l'écartement de ses branches le lobule de l'insula qui paraît normal. Le sillon de Rolando est moins marqué. F[1] et F[2] sont très contournées et unies par trois plis de passage perpendiculaires à ces circonvolutions. F[2] présente des adhérences à la pie-mère. — F[3] très contournée a la forme d'un *S* italique et offre un pli de passage avec la F[2] à son tiers antérieur. Toute cette partie, ainsi que le second tiers antérieur, sont le siège d'adhérences pie-mériennes. Le tiers postérieur et le pli de passage avec la frontale ascendante sont peu développés.— FA est divisée en trois sections par des sillons antéro-postérieurs; seul le tiers inférieur paraît bien développé. FA est très volumineuse. Rien à noter au lobe pariétal, ni au pli courbe, si ce n'est des adhérences nombreuses au niveau de leur jonction au lobe temporal et à la partie supérieure et postérieure de la scissure de Sylvius. F[2] offre aussi quelques adhérences.

b) Face interne, — Lobule paracentral, cuneus, lobe occipital, etc., rien de particulier.

Hémisphère gauche. Cet hémisphère est nettement divisé en deux étages, supérieur et inférieur, par la scissure de Sylvius et une ligne d'adhérences pie-mériennes s'étendant de la branche postérieure de cette scissure au cuneus. Le lobule de l'insula est normal en apparence.

Les trois circonvolutions frontales sont très développées. La F[3] est tout particulièrement contournée. Toutefois elle n'envoie guère qu'un pli de passage au niveau de son quart antérieur à F[2] tandis que F[1] et F[2] présentent environ cinq plis de passage entre elles sur toute leur étendue.

La scissure prérolandique est très dèveloppée et sépare complètement FA du reste du lobe frontal. Cette scissure se continue du reste avec la branche inférieure de la scissure de Sylvius. Par contre le sillon de Rolando est à peine creusé.

Le reste de la face externe de l'hémisphère n'offre guère d'intérêt, si ce n'est la région inférieure du lobe pariétal et la région supérieure des lobes temporal et occipital qui présente des traces d'adhérences nombreuses et profondes.

b) Face interne et *base.* — Rien de particulier à noter. Traces d'adhérences assez nombreuses au niveau du lobe orbitaire.

Les *couches optiques* paraissent un peu rétrécies.

Les *ventricules latéraux* sont manifestement dilatés, surtout le droit.

La *protubérance*, les *olives* et les *pyramides antérieures* sont nettement le siège d'une induration prononcée. Le *cervelet* est aussi induré.

Moelle (20 gr). Aucune lésion macroscopique.

Réflexions. — I. Les *antécédents héréditaires* relèvent de l'*alcoolisme*: père, mère, grands-parents sont ivrognes. C'est le cas de dire avec Rabelais que le couvercle vaut le chaudron.

II. Nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sérieux sur les *antécédents personnels* de l'enfant. Il est probable que la nourrice n'a pas fait connaître la vérité.

III. Signalons la marche de la température dans la rougeole et en particulier la veille de l'éruption. et la diminution de poids (300 gr).

IV. Enfin au point de vue anatomo-pathologique, mentionnons les lésions de *méningo-encéphalite*, les plaques transparentes des os du *crâne* et l'absence de *synostose*.

II.

Idiotie symptomatique d'un ancien foyer *(pseudo-kyste)* du lobe temporal gauche et de méningite de l'hémisphère droit ;

PAR **BOURNEVILLE** ET **Paul FERRIER.**

SOMMAIRE. — *Père nerveux, convulsions de l'enfance ; fièvres intermittentes probables. — Grand père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle nerveuse. — Arrière-grand-père paternel mort d'hémorrhagie cérébrale. — Cousin paternel, excès de boisson, aliéné. — Oncle paternel mort de convulsions. — Mère sujette à des névralgies faciales. — Grand-père maternel, excès de boisson, mort de congestion cérébrale, avec paralysie du côté gauche — Grand'mère maternelle sujette à des névralgies faciales. — Arrière-grand-père maternel, suicidé. — Arrière-grand'mère maternelle, excès de boisson. — Deuxième arrière-grand'mère maternelle morte d'un cancer du sein. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.*

Émotion vive et chute durant la grossesse. — Naissance un peu avant terme. — Accidents convulsifs mal caractérisés du 18ᵉ au 39ᵉ jour après la naissance. — Premières dents à un an. — Accès de cris. — Cognements de tête contre les murs. — Blépharite. — Parole et marche nulles : jambes de plus en plus faibles.

1891. *Accès de colère et de cris. — Balancement latéral de la tête et antéro-postérieur du tronc ; grimaces de la face et occlusion des paupières. — Grincements de dents. — Attention et affectivité nulles. — Onanisme.*

Octobre : Toux, diarrhée, amaigrissement.

1892. *Cachexie tuberculeuse. — Mort.*

Autopsie : nombreuses adhérences de la pie-mère; — absence

du tubercule mamillaire gauche ; — pseudo-kyste du lobe gauche ; tuberculisation pulmonaire, ganglionnaire, péritonéale, etc.

Scheff..., Désirée, née à Paris le 12 avril 1888, est entrée le 5 juin 1891, à la Fondation Vallée (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents héréditaires. (Renseignements fournis par le père de l'enfant.) — *Père*, 29 ans, facteur des postes. Aurait eu des *convulsions* dans l'enfance ; pas de fièvre typhoïde, de migraines, d'accidents scrofuleux, de rhumatismes, ni de syphilis. Il aurait eu les fièvres (?) au Tonkin. Il est sobre, fume peu, est assez nerveux et émotif, s'emporte facilement. Il paraît robuste, bien constitué et intelligent. — [*Père*, 55 ans, marbrier en pendules ; excès habituels de boisson, sans ivresse ; caractère emporté, mais pas de troubles mentaux. Il est d'ailleurs bien portant. — *Mère*, 53 ans, intelligente, émotive, très-bien portante. Jamais de crises nerveuses. — *Grand-père paternel* mort à 60 ans d'*hémorrhagie cérébrale* ; il n'était pas nerveux. *Grand'mère paternelle*, 78 ans, intelligente, saine d'esprit. — Onze *oncles* et *tantes paternels* parmi lesquels aucun n'a eu de maladies mentales ou nerveuses. — Un *cousin germain* de la grand-mère de l'enfant est interné dans un asile d'aliénés depuis 1874 à la suite d'une insolation. Il faisait des excès de boisson. — Un *frère* est mort de *convulsions*. Des 5 autres, un a été réformé pour faiblesse de constitution ; celui-là et les 4 autres se portent bien. Deux *sœurs* mortes jeunes, on ne sait de quoi ; deux autres bien portantes, mais nerveuses, sans crises. — Dans le reste de la famille, pas de tare physique ou physiologique ; pas de criminels, de suicidés, de débauchées.]

Mère, 21 ans, mariée à 17 ans, petite mais bien portante. Aucune maladie connue du mari. Nerveuse, sans crises. Bon caractère. Intelligente. Morte le 23 octobre 1891 de péritonite après accouchement chez elle par une sage-femme. — [*Père*, mort à 40 ans de *congestion cérébrale* après 3 semaines de maladie, avec *hémiplégie gauche*. Il était nerveux, emporté et sujet à des ivresses fréquentes. — *Mère*, 39 ans, intelligente, rien de particulier. — *Grand-père paternel*, *suicidé* ; on ignore la cause de ce suicide. — *Grand'mère paternelle* morte à 60 ans. Elle commettait des excès de boisson et était souvent ivre. *Grand-père* et *grand'mère maternels* non nerveux, intelligents, morts l'un à 60 ans, l'autre à 45 ans, d'un *cancer du sein*. — Un *oncle paternel* est mort de la poitrine à 19 ans.

— Pas d'aliénés, d'épilepiques, etc., dans le reste de la famille. Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.

Deux enfants : 1° un garçon, 18 mois très bien portant, fort, avancé pour son âge; pas de convulsions; — 2° notre malade.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception* qui a eu lieu peu après le mariage. — Pendant la *grossesse*, au sixième mois, émotion vive due à une peur : étant en train de travailler seule, le soir, dans sa chambre, sa sœur est entrée à l'improviste en jetant un cri : elle a failli se trouver mal, a dit que l'enfant remuait violemment dans son ventre et qu'il avait fait demi-tour. Elle trembla durant quelques instants. Un mois auparavant elle était tombée et dans sa chûte avait en quelque sorte glissé sur son ventre. Cette chûte n'occasionna ni émotion ni aucun accident; elle se releva seule et vite. — *Accouchement* huit jours environ avant terme, naturel, sans chloroforme, après un travail de 24 heures. — Pas d'asphyxie *à la naissance*, pas de circulaires du cordon, etc. C'était une belle enfant, très forte. Elevée cinq mois au sein par sa mère, puis au biberon (lait de vache) ; sevrée vers un an, la dentition se développa lentement : 1re dent à un an, une dent récemment formée encore.

A 18 jours, elle fut atteinte de *convulsions*. La face était bleue, les yeux roulaient. On ne sait s'ils se tournaient d'un côté plutôt que de l'autre. Il se passait dans sa gorge un bruit que le père définit : « comme si on l'étranglait. » Les membres « se raidissaient droits ». On n'a pas remarqué de secousses. La convulsion durait une minute, revenait au bout d'une demi-heure. Ces accidents se reproduisirent pendant trois semaines. Le père affirme que, ultérieurement, lorsque l'enfant a commencé à se tenir un peu sur les jambes, il n'a pas remarqué de différence ; mais que, au lieu de faire des progrès les jambes devenaient de plus en plus faibles. Sch.. ne voulait pas qu'on la prit de la main gauche, elle voulait que ce fût de la main droite. On ne sait à quoi attribuer cette préférence. A partir de 18 mois, l'enfant se donna des coups de poing sur la tête, pendant 5 ou 6 mois seulement. Si elle était près d'un mur, elle s'y frappait la tête et riait. Son père attribue ces accidents à la dentition.

Depuis l'âge de 15 mois, jusqu'à 2 ans et demi, *accès de cris* la nuit. « Quelques claques sur les fesses, un changement de position sur le côté, et elle se rendormait », dit son père.

Absolument aucune autre maladie qu'une *entérite* avec selles

sanguinolentes à l'âge de 2 mois. Pas de fièvres éruptives. Blépharite qui dura environ 2 mois.

Bon appétit. Pas de troubles digestifs. Constipation habituelle. Elle perdait matières et urines lorsqu'on ne la mettait pas sur le vase. Ne toussait pas, dormait bien, ne grinçait pas des dents. A la maison, elle restait assise, ou se trainait par terre, ou marchait sur les genoux. Elle fit pendant quelques temps des grimaces d'un seul côté de la face, on ne sait plus lequel; ces grimaces qui ont débuté vers deux ans et demi, étaient devenues très rares moment de l'entrée de l'enfant à la Fondation Vallée. Elle n'avait jamais les yeux fixés sur ce qu'on lui faisait voir; riait bêtement, sans motif; son sourire ne ressemblait pas à celui des autres enfants » . Elle émettait quelques monosyllabes sans aucun sens. Dans les derniers temps seulement de son séjour chez ses parents, elle paraissait reconnaître son père; pleurait lorsqu'il partait, essayait de quitter sa mère comme pour venir au-devant de lui lorsqu'il rentrait. Elle se mettait dans de violentes colères lorsqu'on lui refusait ce qu'elle désirait.

Les parents ont demandé le placement de leur fille parce qu'elle est très en retard à tous les points de vue.

Etat actuel (8 juin 1891). — Enfant de petite taille, assez chétive. Ne se tient debout que soutenue sous les bras. Ne parle pas, ne parait rien comprendre, ne fixe son attention sur rien. Se met en colère, agite ses bras et ses jambes quand on l'examine.

Tête ronde, assez développée; bosses occipitales et pariétales saillantes. Sutures et fontanelles imperceptibles au palper. Cuir chevelu sain. Cheveux châtain clair, assez longs, fins, régulièrement implantés; tempes recouvertes par les cheveux.

Circonférence horizontale maxima	450 mil.
Demi-circonférence bi-auriculaire	300
Distance de la racine du nez à l'articulation occipito-atloïdienne	320
Diamètre antéro-postérieur maximum	148
— bi-auriculaire	95
— bi-pariétal	124
Hauteur médiane du front	50

Front peu élevé, très bombé, non fuyant; bosses frontales assez marquées. Arcades orbitaires peu saillantes. Sourcils assez fournis, châtain foncé. Paupières supérieures courtes, également mobiles et tombantes, sans lésions. Cils, châtain

foncé, assez longs, régulièrement implantés. Conjonctives oculaires et palpébrales saines ainsi que la cornée. Iris marron foncé ; pupilles égales, réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation ; pas de strabisme, de paralysie, de nystagmus, etc.

Nez court, épâté, un peu camus. Narines écartées, sous-cloison un peu saillante; cloison non déviée. Il est impossible de se rendre compte de l'*odorat*, qui est, en tous cas, développé jusqu'à un certain point. (Plus tard on constata qu'elle ne faisait pas la différence des bonnes et des mauvaises odeurs). Joues assez pleines, colorées. — *Bouche* assez grande ; commissures horizontales. Lèvre supérieure peu élevée, avec sillon médian assez marqué. — *Physionomie* sans expression.

Dentition de lait encore complète. Dents de bonne qualité, sur des arcades un peu courtes. Dents trop serrées pour permettre la sortie exacte et régulière des dents permanentes. Articulation profonde, avec léger prognathisme supérieur. — Mastication bonne.

Oreilles grandes, écartées. Lobule un peu allongé, partiellement adhérent. Les différentes parties de l'oreille sont normales. L'orifice du conduit auditif externe est assez large; pas d'otorrhée. L'*ouïe* semble normale.

Cou court, assez mince. A sa partie moyenne, circonférence de 22 centimètres. Pas de cicatrices ni d'adénites cervicales. *Corps thyroïde* vaguement perceptible.

Thorax peu développé. Région interscapulaire couverte d'un duvet fin et assez abondant. Pas de lésions ni de courbures anormales de la colonne dorsale. — Courbure des côtes régulière. Pas de chapelet rachitique; pas de malformation du sternum. — Glandes mammaires non développées. Aréoles comme une pièce de 0 fr. 50, un peu pigmentées. Mamelon non saillant.

La *respiration* et la *circulation* sont naturelles. La pointe du cœur bat dans le 4[me] espace, les battements sont réguliers.

Abdomen glabre, sans cicatrices, souple à la palpation. Pas de hernies, matité hépatique normale. Matité splénique vaguement perceptible. Pas de courbures anormales du rachis lombaire. Bassin proportionné à la taille de l'enfant, non dévié.

Pénil peu saillant. Grandes lèvres minces. Ces parties sont glabres. Petites lèvres, capuchon, clitoris, très-petits. Hymen un peu boursouflé, orifice très-petit, en forme de fente antéro-postérieure. Pourtour de l'anus fortement pigmenté.

Membres supérieurs assez grêles. Pannicule adipeux assez abondant. Muscles et os grêles. Trois cicatrices de vaccine au

bras droit. Articulations saines. Mains petites, doigts effilés. Ongles courts, aplatis.

Membres inférieurs assez développés, d'égale longueur. Os et articulations sains. Pas de déformation des genoux. Pieds petits, concavité normale de la voûte. Orteils courts, non déviés. Ongles petits et plats. Réflexes rotuliens normaux. La sensibilité semble normale sur toute l'étendue de la surface cutanée.

Dans le cours de son séjour à la Fondation Vallée, on constate que l'enfant ne parle en aucune façon. Elle ne fait entendre qu'un petit cri « qui ressemble à un vagissement. »

Elle ne mange pas seule avec une cuiller, mais elle porte bien à sa bouche un morceau de pain qu'elle paraît manger avec plaisir. Elle ne bave pas, n'a pas de mouvements de succion, de vomissements, de rumination. Elle aime les choses sucrées, a bon appétit, n'est ni salace, ni vorace, rejette les choses vinaigrées. Elle ne voulait prendre ni lait ni vin. Son père a dit qu'elle buvait toujours chaud, le plus souvent de la tisane. On peut attirer son attention en l'appelant. Elle n'est donc pas sourde. Elle aurait présenté fréquemment du strabisme. Elle marche tenue par la main. Elle a même fait un pas ou deux seule.

Absolument incapable de se nettoyer, de se déshabiller, de s'habiller. Très-propre et soignée à l'entrée, elle gâte maintenant le jour et la nuit. On se rappelle qu'il en était ainsi chez ses parents lorsqu'on ne la mettait pas sur le vase. Onanisme effréné, crural et manuel.

Tics: L'enfant ferme souvent les yeux, fait des grimaces de la face, grince des dents. Balancement de la tête de droite à gauche et du tronc d'avant en arrière.

Sommeil bon, calme. Enfant colère. Pleure une partie de la journée. Elle ne veut pas être portée, ou arrache alors les boutons, et donne des coups de tête. N'est pas affectueuse. N'a pas fait la moindre amitié à ses parents à leurs deux visites ; ne paraissait pas les reconnaître. *Poids*: 8 kilog ; *taille*: 85 cent.

20 *juin*. — On continue à donner du sirop d'iodure de fer, en supprimant l'huile de foie de morue. Deux bains salés de 10 minutes chacun. — Exercices de la marche.

3 *juillet*. — L'enfant maintenant marche seule ; elle semble moins colère, et est devenue un peu plus caressante.

1er *octobre*. — L'enfant, depuis quelques jours, n'a pas d'appétit, dort mal, crie. Elle tousse un peu. A l'auscultation,

quelques râles sonores disséminés dans la poitrine. Rien au cœur. Rien dans la gorge. Pas de vomissements, pas de diarrhée.

8 *octobre*. — Pas d'amélioration sensible. Elle a maintenant une diarrhée, assez abondante et très fétide. Abdomen souple, non douloureux à la palpation. T. R. 38°. Anorexie, toux, amaigrissement. — Potion calmante avec sirop de tolu, teinture d'aconit. — Naphtol et bismuth.

15 *octobre*. — Langue sale, anorexie complète. Diarrhée jaunâtre, très-fétide. Toux fréquente, râles sous-crépitants en différents points de la poitrine.

28 *octobre*. — Pas de modification. Le laudanum, les lavements au nitrate d'argent, le naphthol et le bismuth n'influencent pas la diarrhée. — Toux toujours aussi fréquente. Rien de localisé à la percussion, auscultation difficile : l'enfant crie lorsqu'on l'examine.

29 *octobre*. — Même état. Potion avec acide lactique 2 gr. Eau albumineuse.

30 *octobre*. — T. R. 37°, 5. — *Soir* T. R. 37°, 2.

31 *octobre*. — T. R. 37°, 3. — *Soir*: T. R. 38°, 3.

1er *novembre*. — T. R. 37°, 8. — *Soir:* T. R. 38°, 5.

2 *novembre*. — T. R. 38°, 2. — *Soir*: T. R. 37°, 7.

3 *novembre*. — Toux moins fréquente ; diarrhée moins abondante, s'arrêtant même pendant quelques heures. L'enfant prend quelques aliments. T. R. 37°, 7 et 37°, 6.

4 *novembre*. — T. R. 33°, 2. — *Soir* :T. R. 39°, 2.

5 *novembre*. — T. R. 37°, 8. — *Soir:* T. R. 38°, 4.

6 *novembre*. — T. R. 37°, 3. — *Soir*: T. R. 38°, 6.

7 *novembre*. — T. R. 38°. — *Soir:* T. R. 38°, 4.

8 *novembre*. — T. R. 38°, 1. — *Soir*: T. R. 38°, 2.

9 *novembre*. — Amélioration marquée. Diarrhée cessant complètement à certains moments, pour reprendre, il est vrai, mais cédant facilement au traitement par l'acide lactique. A l'auscultation, quelques râles sonores et sous-crépitants fins disséminés. L'enfant mange assez bien. Sommeil bon. T. R. 37°, 9 et 37°, 3.

10 *novembre*. — T. R. 37°. — *Soir* : T. R. 37°, 3.

11 *novembre*. — T. R. 38°, 7. — *Soir:* T. R. 37°, 8.

12 *novembre*. — T. R. 37°, 4. — *Soir:* T. R. 39°, 4.

13 *novembre*. — L'amélioration continue. L'enfant a meilleure mine, ne crie plus dès qu'on s'approche d'elle et qu'on l'examine. Elle n'a plus de diarrhée. La toux est moins fréquente. T. R. 38° et 39.

14 *novembre*. — T. R. 38°, 6. — *Soir:* T. R. 37°, 5.

15 *novembre.* — T. R. 37°, 5. — *Soir*: T. R. 37°, 4. A partir de là jusqu'au 28 novembre, la température a oscillé entre 37°, 2 et 38°, 4 (une fois), restant le plus souvent un peu au-dessus ou au-dessous de 37°, 5.

21 *novembre.* — Revaccination sans résultat. (30 novem.)

1892. — Du 1er au 31 janvier, la température prise matin et soir est restée entre 37° et 38° et descendant même six fois à 36°,9.

2 *février.* — L'enfant tousse beaucoup et s'affaiblit de plus en plus. Diarrhée. — Aspect cachectique. T. R. 37°, 2 et 37°.

9 *février.* — Quatre ulcérations au niveau du sacrum, pas de suppuration : fond noirâtre, bords blanchâtres. T. R. 36°, 8 et 37°, 3.

10 *février.* — T. R. 36°, 9. — *Soir:* T. R. 37°, 3

11 *février.* — T. R. 36°, 8. — *Soir*: T. R. 36°, 9.

12 *février.* — *Matin:* T. R. 36°, 7. *Mort* à 9 heures. *Poids*: 6 kilogr. — T. R. un quart d'heure après la mort, 35°,5. — Une demi-heure après, 35°, 5. — 2 heures après, 32°. — 3 heures et 4 h. après, 31°.

AUTOPSIE faite le 13 février 1892, 24 heures après la mort. — Le cadavre est très émacié.

Tête. Cuir chevelu extrêmement amaigri. — *Base du crâne* tout à fait symétrique. Quant à la *voûte* le frontal droit semble un peu avancé, et l'occipal droit un peu en retrait. — Les *os du crâne* sont extrêmement minces et offrent tous de très nombreuses plaques transparentes. — La *suture sagittale* vue par transparence, laisse apercevoir des interstices nombreuses permettant l'introduction d'un bec de plume surtout dans le rayon qui s'étend sur une longueur de 3 centimètres en avant des trous pariétaux (le gauche seul existe). La face externe ne porte en aucun point de son trajet trace d'un début quelconque de synostose. Il en est de même à la face interne. La suture est d'une grande simplicité et très peu arborescente.— La *suture coronale* est libre dans toute son étendue tant à la face interne qu'à la face externe. — La *suture lambdoïde* est entièrement libre et un peu plus compliquée que la sagitale on rencontre un petit *os wormien* à un centimètre de l'angle sur la branche droite. — Il n'y a pas trace de la *suture métopique.*

Les *sinus* de la dure-mère sont remplis de caillots noirs et légèrement jaunâtres. — La *dure-mère* est très adhérente tout le long de la suture interpariétale, les dentelures des sutures ne

sont plus apparentes. — Quand on a enlevé l'encéphale, il s'est écoulé 75 grammes de liquide céphalo-rachidien mêlé de sang.

Les *artères* de la base, les nerfs olfactifs, optiques, les bandelettes et les pédoncules cérébraux, sont symétriques, mais le *tubercule mamillaire gauche* paraît faire défaut complètement. Le tubercule mamillaire droit a environ 5 millimètres, sur 4 millimètres, c'est-à-dire ses dimensions ordinaires. La *protubérance*, les *pyramides* et les *olives* sont égales.

Encéphale	720 gr.
Hémisphère cérébral droit	330 gr.
Hémisphère cérébral gauche	275 gr.
Cerveau	605 gr.
Cervelet et isthme	120 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	51 gr.
Hémisphère cérébelleux gauche	51 gr.
Bulbe et protubérance	18 gr.

Pie-mère. Elle adhère sur l'*hémisphère gauche* au niveau du lobule pariétal inférieur, de la 1re circonvolution occipitale, de la partie antérieure de la 1re frontale. Il y a aussi quelques adhérences à la face interne du même hémisphère.

Sur l'*hémisphère droit*, les adhérences sont beaucoup plus étendues. Les parties saines de l'écorce sont, à la face externe : une petite portion de la 1re frontale située vers sa partie moyenne et la portion correspondante de la 2e frontale (en tout, une étendue de 2 centimètres carrés) ; la partie moyenne de la frontale ascendante sur 1/2 centimètre carré ; la portion moyenne de la pariétale ascendante sur 3 centimètres 5 de long ; la portion externe des circonvolutions occipitales ; la portion antérieure de la 1re temporale ; à la face interne, les circonvolutions occipitales, la portion moyenne de la circonvolution du corps calleux. — Rien d'anormal dans la forme et la distribution des circonvolutions.

Sur l'*hémisphère gauche* siège une *poche* de couleur ocreuse à parois minces, s'étendant sur une longeur de 5 centimètres 5 et une largeur de 3 centimètres. Cette poche offre le volume d'un gros œuf de pigeon, à grosse extrémité tournée en avant. Ouverte, elle laisse s'écouler un liquide jaune rougeâtre, assez fluide, d'aspect séreux. La poche, affaissée, s'étend : 1° d'avant en arrière, depuis la 3me frontale, en avant et au-dessous du cap, jusqu'à 4 centimètres en arrière de l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal ; 2° transversalement, du fond de la scis-

sure de Sylvius, au-dessous de sa branche verticale, jusqu'au pédoncule cérébral (PL. I et II).

La circonférence adhère ainsi, au pli situé au-dessous et en avant du cap de F3, à la périphérie du lobule de l'insula, à l'extrémité antérieure de la 1re temporale, empiète davantage sur la 2e temporale et sur la 3e, gagne la face inférieure et se dirige ensuite de dehors en dedans et d'arrière en avant jusqu'au-dessus du pédoncule cérébral qu'elle atteint à l'union de son tiers interne avec ses deux tiers externes; puis se dirige d'arrière en avant en suivant la face externe du pédoncule, passant au-dessous des bandelettes optiques et gagnant la partie postérieure des circonvolutions frontales de la face inférieure.

La surface recouvre : la partie postérieure et inférieure de la 3e frontale, la portion transversale de la scissure de Sylvius, le lobule de l'insula, la partie antérieure des circonvolutions occipitales, qui est détruite sauf au niveau de la 5e.

Les *couches optiques*, les *corps striés*, les *ventricules latéraux*, n'ont rien d'anormal.

Le *cervelet*, la *protubérance*, le *bulbe*, n'offrent rien de particulier.

Cou. La *glande thyroïde* est normale: 5 gr. Le *thymus*, qu'il est impossible de peser faute d'en reconnaître exactement les limites, est long de 6 centimètres, dur, *caséeux*. Il est relié en arrière à une *masse caséeuse* du volume d'un œuf de pigeon, qui s'étend un peu plus du côté droit par sa grosse extrémité. Cette masse recouvre la trachée et l'œsophage, qu'elle déborde un peu en arrière et à droite. Elle est séparée de la portion inférieure du thymus par les deux troncs brachio-céphaliques veineux.

Thorax. Le pédicule pulmonaire gauche est resserré par de nombreux *ganglions tuberculeux*. A droite, ces ganglions sont dans le même état, mais moins nombreux. Tous ces ganglions sont durs. Les deux *plèvres viscérales* portent des tubercules assez nombreux, à divers degrés d'évolution. Les deux plèvres pariétales en portent également un très grand nombre à droite, 5 ou 6 seulement à gauche.

Poumon droit : 80 gr. La lame antérieure est emphysémateuse, ainsi que le bord antérieur du lobe inférieur. Quelques *tubercules* très-petits au sommet droit, qui est dur et tombe au fond de l'eau. Un tubercule dur, gros comme un pois, tout près du hile droit dans le tissu pulmonaire du lobe supérieur.

Poumon gauche : 120 gr. Le sommet, la languette antérieure, les bords supérieur et inférieur du lobe inférieur sont emphysémateux. A la coupe du lobe supérieur, quelques *tubercules*. dont l'un, gros comme une lentille, est ramolli au centre et présente une cavité pouvant contenir un grain de millet.

Péricarde. A sa surface, sur le trajet du nerf phrénique gauche, deux *tubercules*. Sur le trajet du nerf phrénique droit, deux tubercules également, de l'un desquels on ne peut séparer le nerf par la dissection. Le péricarde contient environ 25 gr. de liquide citrin; sa face interne est d'un aspect lavé. — *Cœur*: 58 gr. Quatre tubercules gélatiniformes à la pointe. Les artères aorte et pulmonaire ont leur calibre normal. Les oreillettes et les ventricules sont bien séparés et, partant, le trou de Botal est oblitéré.

Abdomen. Le *péritoine* viscéral et pariétal sont couverts de *tubercules* de différentes dimensions: le grand épiploon en est criblé. La face antérieure du foie et le petit épiploon, la face antérieure de l'estomac, la surface externe de la rate, portent d'assez nombreux tubercules. — L'*intestin grêle* est violacé et offre aussi des tubercules en grand nombre ainsi que le mésentère et les appendices épiploïques du gros intestin.

Les *ganglions mésentériques* sont gros et rosés. Au niveau de l'angle iléo-cœcal existe un ganglion nettement caséeux. L'*appendice vermiculaire* remonte en arrière du cœcum, auquel il est relié par un méso triangulaire dont le bord libre contient l'artère de l'organe. Celle-ci émet des branches par sa convexité tournée du côté de l'appendice. Plaques de Peyer un peu gonflées, non ulcérées. L'intestin est très vascularisé.

Foie: 450 gr. Adhérent au diaphragme, il présente de nombreux *tubercules* à sa face supérieure. On en trouve aussi à la coupe; l'un deux est coloré en vert par la bile. — *Rate*: 50 gr., dure; assez nombreux tuberbules sur des coupes. — *Pancréas*: 10 gr., normal. — *Rein* et capsule surrénale gauches : 35 gr. — *Rein* et capsule surrénale droits : 33 gr.

Les *organes génitaux* ne sont pas le siège de tubercules, mais le cul-de-sac de Douglas en est couvert. La *vessie* contient 15 gr. de liquide. — L'*utérus* est long de deux centimètres. Les *ovaires* ont une longueur d'un centimètre 5, une largeur de 7 millimètres, une épaisseur de 4 millimètres. — La mort est due à la *généralisation de la tuberculose*.

Réflexions. — I. Au point de vue de l'*hérédité*, on trouve chez les ascendants paternels, l'alcoolisme, des accidents cérébraux, des convulsions; chez un collatéral, l'alcoolisme et la folie; du côté maternel, l'alcoolisme, des accidents cérébraux. De plus, la tuberculose apparait chez les ascendants collatéreux les plus rapprochés. Il est à remarquer que les ascendants directs étaient, à cet égard, relativement épargnés.

II. Durant la grossesse, nous avons noté une chute de la mère sur le ventre au cinquième mois et une émotion vive accompagnée d'un mouvement brusque de l'enfant. Est-ce à ce moment que s'est développée la lésion qui a abouti au *pseudo-kyste* que nous avons trouvé à l'autopsie, nous ne saurions le dire. Mais il est certain que ces accidents surajoutés à l'hérédité ont préparé le terrain pour les *convulsions* qui, survenues au 18e jour de la vie, ont persisté pendant trois semaines. Si l'on accepte l'hypothèse que nous venons d'émettre au sujet de la genèse du pseudo-kyste, les convulsions prolongées et l'état concomittant constitueraient les symptômes correspondant aux *lésions méningitiques*. Nous rattacherons aussi à la *méningite chronique* les coups que l'enfant se donnait sur la tête, ses accès de cris et de colère, le strabisme intermittent, la réapparition du gâtisme (la maladie s'aggravant), le grincement des dents, etc.

III. Mentionnons aussi l'*absence du tubercule gauche* correspondant au pseudo-kyste. L'*inégalité de poids des hémisphères cérébraux*, le gauche pesant 55 gr. de moins que le droit et par opposition l'égalité des *hémisphères cérébelleux*; enfin l'absence de *synostose* prématurée du crâne.

IV. A aucune époque on ne voit se développer l'in-

telligence de l'enfant. La volonté se manifeste cependant par des cris et des mouvements de défense. La marche est très tardive, et lorsqu'elle est possible on ne remarque aucune différence appréciable dans la force des membres inférieurs. Pourquoi la préférence de l'enfant à donner la main droite lorsqu'on veut la faire marcher?

V. A signaler l'absence totale du goût chez cette enfant. Est-elle due à la destruction de la partie antérieure de la 2me temporale gauche, en avant du point où siège la lésion dont dépend la surdité verbale? Nous n'oserions nous prononcer.

III.

Idiotie Microcéphalique; — Hémiplégie spasmodique infantile; — Sclérose atrophique; — Tuberculose abdominale.

PAR BOURNEVILLE et J. NOIR.

SOMMAIRE. — *Père, alcoolique, emporté. — Grand-père paternel, mort d'une attaque de paralysie. — Grand-oncle paternel tuberculeux. — Cousin germain, aveugle-né. — Mère, céphalalgies, intelligence bornée. — Grand-père maternel, et arrière-grand'mère maternelle, morts d'une pleurésie. — Oncle maternel, ivrogne. — Frère, asphyxié à la naissance. — Accident au 2me mois de la grossesse. — Frayeur légère au 6me mois. — Accouchement laborieux. — Asphyxie et déformation crânienne à la naissance. — Convulsions dès le premier jour. — Secondes convulsions à 4 mois. — Début de la parole à 18 mois. Premières dents à 6 mois. — Ne marche pas. — Gâtisme complet. — Paraplégie inférieure et Hémiplégie gauche avec contracture. — Microcéphalie. — Tuberculose intestinale. — Mort.*

Autopsie : sclérose atrophique des circonvolutions cérébrales. — Ulcérations tuberculeuses de l'intestin. — Adénopathie mésentérique tuberculeuse.

Sal.., Paul, né à Villejuif, le 8 avril 1888, est entré le 20 mai 1890 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. (Renseignements fournis par sa mère.) — Père, 41 ans, gratteur de chaudière dans une chandellerie de Gentilly, n'aurait pas eu de convulsions dans son enfance; ni

fièvre typhoïde, ni migraines, ni affections cutanées, ni rhumatismes. Aucun signe ne permet de soupçonner la syphilis (1). Il a été soldat durant la guerre et s'est marié à 25 ans. Caractère violent et emporté, il lui arrive parfois de battre sa femme. Il est de plus très vantard, bavard et parle souvent de ses relations avec des personnes influentes. Depuis 5 ou 6 ans, c'est-à-dire depuis son établissement à Paris, il se livre à des *excès de boissons* consistant surtout en l'absorption de nombreux verres d'*absinthe* (4 ou 5 fois par jour); autrefois, habitant la province, il avait la réputation d'un grand buveur mais ne prenait que du vin et ne se livrait pas à des excès pareils aux excès actuels. Sa funeste passion agit sur son caractère: « plus il va, plus il devient violent », nous dit sa femme. Il ne fume pas. — [*Père,* meunier, sobre et calme, serait mort d'une « *attaque de paralysie* » après deux mois de maladie. — *Mère,* 71 ans, bien portante, n'a jamais présenté les symptômes d'une maladie chronique ou nerveuse quelconque. — *Grand-père paternel* mort à 76 ans et *grand'mère paternelle* morte à 82 ans d'affections que l'on ne peut préciser. — Il en est de même du *grand-père maternel* mort à 77 ans et de la *gran'dmère maternelle* sur lesquels on ne peut donner aucun détail. — Sur 5 *oncles paternels,* deux sont bien portants ainsi que leurs enfants qui n'ont jamais eu de convulsions; 3 sont morts, 2 par accident : l'un écrasé par une voiture sans avoir été en état d'ébriété, un autre en chargeant un sac de blé, on ne sait au juste de quoi; quant au troisième on ne peut préciser la cause de sa mort. Pas de *tantes paternelles.* — Un *oncle maternel,* sobre, mort à 32 ans « de la *poitrine* »; il était célibataire. Deux *tantes maternelles* en bonne santé; l'une d'elles a une fille également robuste. — Sept *frères* ou *sœurs* : l'aîné, bien portant, marié n'a pas d'enfants. Le second, *aveugle-né,* est tombé à 27 ans d'une trappe dans le moulin de son père, s'est fracturé la colonne vertébrale et a succombé en trois jours. — Le troisième est mort à 9 mois d'une affection demeurée inconnue à la famille. — Des quatre *sœurs* la première est bien portante, sans troubles nerveux; elle est mariée, a 3 enfants en excellente santé et qui n'ont jamais eu de convulsions. — Deux autres *sœurs* sont mortes, l'une à 18 ans, l'autre à 9 ans, à la même époque, de fièvre typhoïde. — La quatrième est morte à 3 ans du croup. — Aucune n'avait présenté de troubles pathologiques de nature nerveuse. — Dans le reste de la

(1) Le *père,* interrogé à part, affirme n'avoir jamais eu d'accidents vénériens.

famille du père nous n'avons à signaler, ni idiots, ni aliénés ou épileptiques, paralytiques, bègues, sourds-muets, difformes, suicidés, criminels, prostituées, etc.]

Mère, 37 ans, blanchisseuse, n'a eu ni convulsions, ni fièvre typhoïde, ni migraines. Parfois à la suite de fatigues ou de contrariétés, elle était prise de *céphalalgies.* Elle n'est pas nerveuse, est sobre, n'a eu ni maladie de peau, ni rhumatismes. D'une instruction nulle et d'une intelligence médiocre, elle était occupée, avant de venir à Paris, aux soins du ménage et des bestiaux de la petite ferme que son mari avait louée. — [*Père,* laboureur, sobre, mort à 50 ans d'une *pleurésie.* — *Mère* bien portante. — *Grand-père paternel* mort âgé, mais là se borne tous les renseignements. — *Grand'mère paternelle* morte à 73 ans d'une *pleurésie* (?). — *Grand-père maternel* et *grand'mère maternelle,* sobres, morts, l'un avec « un mal de jambe » (?) l'autre à 69 ans, asthmatique (?). *Trois oncles paternels* sans enfants, tous ordinairement sobres et sains de corps et d'esprit ; deux sont morts ; l'un écrasé par accident, l'autre au cours d'une fièvre typhoïde. — Pas de *tantes paternelles.* Un *oncle maternel,* rhumatisant, porteur de varices, à cela près bien portant ; sans enfants, sobre et robuste. — Pas de *tantes maternelles.* — Cinq *frères* : le *premier,* puisatier, *ivrogne,* mort à 30 ans d'un *érysipèle gangréneux,* sans enfants. — Les quatre autres, mariés, auraient tous des enfants également en bonne santé ; aucun n'aurait eu de convulsions dans son jeune âge. — Une *sœur,* sans antécédents nerveux, a eu un seul enfant mort d'affections fébriles de longue durée et n'ayant jamais présenté de convulsions. — Dans le reste de la famille, ni aliénés, ni épileptiques, ni idiots, etc.] — Pas de consanguinité. — Le mari a 4 ans de plus que sa femme.

Quatre *enfants* : 1° un garçon mort après 2 ou 3 heures ; l'enfant, asphyxié à la naissance, fut ranimé pendant quelque temps, mais ne tarda pas à succomber ; — 2° garçon, 13 ans, jouit d'une parfaite santé ; — 3° garçon, 10 ans, se porte aussi bien que son frère ; — 4° notre malade.

Notre malade. — La *conception* n'aurait pas eu lieu pendant l'ivresse. — *Grossesse :* au 2me mois la mère a reçu un tuyau de poêle sur la tête, ce qui détermina une plaie, mais n'amena pas de perte de connaissance ; au 6me mois, frayeur de courte durée et sans conséquence, la mère ayant entendu crier au feu dans sa maison. — *Accouchement* laborieux ; « les douleurs durèrent deux jours au moins et le passage fut très

difficile. » Néanmoins l'enfant sortit spontanément; on n'employa ni anesthésique, ni ergotine. — *Asphyxié* à la naissance, l'enfant ne fut ranimé par la sage-femme qu'après une demi-heure de soins. Presqu'aussitôt il eut des *convulsions*. Elles consistaient, si nous en croyons le père qui en fut témoin, en rotation de la tête à droite et à gauche et en *contractures du corps portant seulement sur le côté gauche*. La durée de ces convulsions était de 2 à 3 minutes et une rémission de 10 à 15 minutes les suivait. La série convulsive dura quatre jours pendant lesquels l'enfant ne put prendre le sein. Un médecin, consulté, prétendit : « qu'il y avait quelque chose de dérangé dans le cerveau ; que cela était dû au temps trop long que l'enfant avait mis à franchir la filière pelvienne», et il malaxa la tête sans doute siège d'une déformation. L'enfant put prendre le sein de sa mère le 5me jour. Il fut sevré à 22 mois. — A 4 mois, de *nouvelles convulsions* se manifestèrent; la tête en fut seule le siège. Elles durèrent 4 à 5 heures et consistèrent en l'ouverture de la bouche, en mouvements dissociés des yeux, et grimaces sans prédominance à droite ou à gauche. Pas d'autres convulsions.

Début de la *parole* à 18 mois. — Première dent à 6 mois ; dentition complète à ? — L'enfant n'a jamais marché. Il a toujours été gâteux. Il dort bien, n'est pas coléreux, il n'aurait jamais eu de vers intestinaux. — Aucun stigmate de scrofule (impétigo, otorrhée, etc.). — Pas de tic, de grimaces, ni de grincement de dents. — En fait de *maladies infectieuses* signalons seulement une rougeole bénigne à 9 mois. — L'enfant n'a pas été vacciné. Il n'a jamais eu de *bronchite*.

Etat de l'enfant (30 mai 1890). — Apparence de bonne santé, teint rosé, embonpoint satisfaisant. Physionomie hébétée. — Pas d'adénopathie. — *Tête*. Cheveux châtains clairs, à implantation régulière. — *Crâne* oblong, symétrique. — *Front* rétréci en avant; bosses frontales assez saillantes ; bosses pariétales encore plus saillantes. — *Face* ronde ; arcades sourcilières régulières et symétriques. Paupières supérieures bouffies; sourcils dirigés en haut et en dehors, peu épais, châtain clairs; fentes palpébrales grandes, yeux en amandes ; cils longs et noirs. Pas d'exophtalmie, de paralysie oculaire, de nystagmus, ni de strabisme. Iris brun foncé, pupilles égales, réagissant également bien à la lumière et à l'accommodation, conjonctive sensible. La *vue* ne paraît être le siège d'aucun trouble.

Nez légèrement camard, à narines petites, regardant en avant et en bas. *Joues* pleines, très adipeuses. Pommettes peu

saillantes. *Bouche* petite, bien faite. Lèvres régulières, symétriques. Maxillaires bien conformés, 16 dents dont 8 molaires. Canines très pointues. Menton rond.

Langue, amygdales, voile du palais, pharynx, rien de particulier à signaler. — Le réflexe pharyngien existe. Le *goût* semble normal.

Oreilles bien ourlées, implantées régulièrement. L'*ouïe* paraît saine.

Cou : circonférence, 27 cm. Pas de goitre.

Thorax bien conformé. Aucune anomalie, ni aucun signe morbide révélé par l'examen des organes intra-thoraciques.

Abdomen: Rien de pathologique. Région anale normale.

Peau absolument glabre. Verge 2 cm. de longueur, 3 cm. de circonférence. Phimosis. — Pas de testicules perceptibles dans les bourses, ni dans le trajet inguinal.

Membres supérieurs gros, bien conformés, mains bien faites, ongles régulièrement implantés.

Membres inférieurs. Le membre gauche est sensiblement moins volumineux que le droit. Les réflexes rotuliens sont normaux. Le pied gauche est plus arqué que le droit. Sensibilité normale.

La *parole* est limitée aux mots : papa et maman. S.. ne saisit rien spontanément avec les mains mais prend le pain et les gâteaux qu'on lui présente ; la mastication est bonne ; l'enfant suce et bave en mangeant. Il est caressant, gai, colère. Il est possible de fixer son attention. Le sommeil est parfois agité et accompagné de petits cris. S... se tient assez bien dans le charriot mais est incapable de se tenir seul debout. Les membres du côté gauche sont plus faibles que ceux du côté droit. *Balancement* autéro-postérieur du tronc.

L'*idiotie* paraît due à l'*asphyxie* de l'enfant à la naissance, compliquée d'un *état convulsif*. La situation s'est aggravée, à 6 mois. Les *convulsions* sont susceptibles d'être rattachées à une *sclérose atrophique* prédominant dans les *régions motrices* de l'*hémisphère droit*, en raison de l'*hémiplégie gauche*.

Diagnostic: idiotie microcéphalique.

Juillet. — Coqueluche. A cette époque, on note de l'adénopathie généralisée, et de l'impétigo du cuir chevelu. La coqueluche a été guérie vers la mi-septembre. Parfois le sommeil est très bon, d'autres fois l'enfant s'agite et pleure.

Novembre. — Teigne tondante.

L'*hémiplégie gauche* est de plus en plus nette. — Le *mem-*

bre supérieur est atteint au même degré que l'*inférieur*. Les doigts sont fléchis dans la main qui elle-même est fortement fléchie sur l'avant-bras. L'enfant ne se sert pas de cette main et lorsqu'il veut la remuer, elle est le siège de mouvements *athétosiques*. Le bras est assez mobile. Du côté des membres inférieurs, l'on constate de la tendance à l'équinisme des deux côtés, mais surtout à *gauche*. La marche est impossible, l'enfant ne peut se tenir debout seul. Soutenu, il parvient à faire quelques pas. Contracture légère surtout marquée à gauche. Extension et rotation en dedans. — Exagération des réflexes rotuliens. Teinte cyanosée et refroidissement des extrémités. Différences de longueur et de circonférence assez prononcées entre les membres droits et gauches. (Voir le tableau p. 29).

1891. *Janvier*. — Tympanisme et rhinite intenses. Sa mère, qui vient visiter fréquemment son enfant prétend que ses membres inférieurs gauches s'atrophient de plus en plus.

Juillet. — On continue à l'exercer à se tenir debout et à marcher; il semble mieux appuyer les pieds. Même traitement: huile de foie de morue; sirop d'iodure de fer, bains salés, exercices des membres.

28 *novembre*. — Diarrhée et fièvre. (La température oscille entre 38° et 39°). L'examen des organes ne permet de constater qu'un peu de rudesse au sommet gauche. L'enfant passant par des alternatives de mieux et de plus mal avec une température qui oscille de 37° aux environs de 49°, dépérit peu à peu. Néanmoins à partir du 19 décembre 1891, la diarrhée cesse, la température tombe à 36° et l'enfant sort le 28 décembre de l'Infirmerie des teigneux.

1892. 10 *février*. — La diarrhée est revenue, l'enfant dépérit. Durant le mois de février, il s'émacie de plus en plus. Le lait, la viande crue, le bismuth ne peuvent venir à bout de la diarrhée et empêcher l'amaigrissement rapide du petit malade. La température oscille entre 36° et 40°, présentant sur le tracé, les grandes oscillations de la fièvre hectique.

L'examen physique fait constater le ballonnement du ventre, un peu douloureux à la pression, et l'existence de nombreuses veinosités. L'auscultation, difficile car l'enfant se plaint continuellement, ne nous permet de rien préjuger de l'état des poumons *(Fig. 1)*.

Mars. — L'état général de l'enfant s'aggrave de plus en plus, il offre un aspect squelettique. Ne pouvant allonger les cuisses à cause des contractures qui les maintiennent dans la demi-

flexion sur le bassin, il repose sur les ischions. Les fesses, constamment souillées, deviennent érythémateuses. Le 8 mars deux plaques de la grandeur d'une pièce de 2 fr. s'ulcèrent à droite et à gauche. Les extrémités sont froides, le visage cyanosé et couvert de sueur. S... succombe le 10 mars à 10 heures du soir ayant présenté le matin 36° de température et le soir 39°, 6. Un quart d'heure après le décès : T. R. 37° ; — une heure après : T. R. 36° ; — 2 heures après 33°, 1.

Le *poids* de l'enfant après le décès est de 11 kilog. 200. A son entrée en mai 1890 il pesait 9 kilog. 250.

Mensurations de la tête et des membres :

Tête.

	1890 Mai	1891 Juillet	1892 Février
Circonf. horizontale maxima..	44	44, 5	44
1/2 circonférence bi-auriculaire	28,	29	29
Distance de l'articu. occipito-atloïdienne à la racine du nez	31	31, 5	31, 5
Diamètre antéro-postér. maximum	15, 1	15, 5	15, 2
Diamètre bi-auriculaire........	10	10, 6	10, 6
— bi-pariétal	12	12, 8	12
— bi-frontal	9	9	9

Nota. — Les modifications entre certaines mensurations opérées en juillet 1891 et en février 1892 doivent tenir à l'amaigrissement considérable du malade.

Membres supérieurs (février 1892) :

	Droit	*Gauche*
Circonférence au niveau de l'aisselle	11	10
— à 10 c. au-dessus de l'olécrâne	9	9
— à 10 c. au-dessous de l'olécrâne	8, 5	8, 5
— au niveau du poignet	9	8
— du métacarpe.....	12	11
Distance de l'acromion à l'olécrâne	17, 5	17
— de l'olécrâne à l'ap. styloïde du cubitus	12	12
Distan. du cubitus à l'extrémité du médius	11, 5	11

Membres inférieurs :

	Droit	Gauche
Circonférence au niveau de l'aine.........	17	16
— à 10 c. au-dessus de la rotule	15	13, 5
— à 10 c. au-dessous de la rotule	11	10
— au niveau du cou-de-pied...	11	10
— à la partie moyenne du pied	12, 5	11, 5

Distan. de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne articulaire du genou (1)...	23	21
Distance de cet interligne à la malléole externe..................................	18	17
Distance de la malléole externe à l'extrémité de l'orteil médian..................	11, 5	10, 5

AUTOPSIE *pratiquée* 36 *heures après le décès.* — La calotte crânienne est un peu épaisse (3 à 4 mill.) mais peu dure. Les sutures sont partout transparentes; les dentelures sont peu prononcées. La *suture interfrontale*, seule, est tout à fait ossifiée. Les *sutures pariéto-occipitales* ont des dentelures un peu plus sinueuses et l'occipital est si peu soudé aux pariétaux qu'il en est, au contraire, presque détaché. Il y a une plaque transparente de chaque côté de la suture métopique et au niveau de l'angle antérieur et supérieur des pariétaux; la droite (25 millimètres) est moitié plus grande que la gauche. La voûte et la base paraissent symétriques.

La *dure-mère*, les *veines* sont normales. Rien de particulier au *corps pituitaire*, ni aux organes de la base émergeant de l'encéphale. — La *pie-mère* qui les recouvre est très légèrement vascularisée. — Le *tubercule mamillaire gauche* a environ 4 m/m de diamètre et est peu saillant; le *droit*, encore moins saillant, est presque complètement *atrophié* à son bord externe. Le *pédoncule cérébral droit* est nettement plus petit et moins bombé que le gauche. — La *protubérance* parait symétrique. — La *pyramide antérieure droite* est un peu plus étroite que la gauche, sans aucune modification de coloration.

Les *circonvolutions cérébrales*, d'une façon générale, sont petites et présentent de nombreux plis de passage. — La pie-mère qui les recouvre est fine, par points adhérente et difficile à enlever (PL. III, IV, V et VI).

Hémisphère cérébral gauche. — La *pie-mère* de la face externe offre des adhérences au niveau de la partie antérieure de la 1re circonvolution frontale et de la partie moyenne de la 2ème frontale. La partie inférieure du *lobe frontal* est *sclérosée* et *déprimée* au niveau de l'origine de la troisième circonvolution frontale. La *frontale ascendante* est saine, sauf dans sa partie inférieure qui est *atrophiée* ainsi que ses plis de pas-

(1) Cette mensuration est approximative. — La contracture des muscles de la cuisse empêchant son extension complète.

sage avec la troisième frontale et la pariétale ascendante. On note une altération analogue à la partie toute supérieure du lobule de l'insula. La *pariétale ascendante est atrophiée à son extrémité supérieure au point d'offrir un volume moitié moindre que celui de la frontale ascendante.* Même lésion de la partie la plus supérieure du lobe pariétal. Adhérences nombreuses de la pie-mère au niveau du pli courbe.

Le *lobe occipital* est fort peu développé ; les circonvolutions y sont très petites, très tortueuses, mais saines en apparence.

Le *lobe temporal*, sain en avant, présente sur la partie postérieure de la 2e temporale et au niveau des plis de passage, au pli courbe et au lobe occipital un foyer très net de *sclérose atrophique.*

La *face interne* de l'hémisphère gauche présente de l'*atrophie scléreuse* de la partie antérieure de la 1re frontale sur un trajet d'environ 3 centimètres. *La partie post-rolandique du lobule paracentral est considérablement atrophiée*, c'est elle qui correspond à la pariétale ascendante, tandis que la région antérieure de ce lobule est saine et bien développée. L'avant-coin présente en avant la continuation de la même lésion. Le coin, très petit, n'offre aucune lésion apparente.

Constatons encore une *atrophie notable de la circonvolution du corps calleux* et de la partie postérieure de la *circonvolution de l'hippocampe.*

Hémisphère droit. — Les lésions sont bien plus intenses et plus nombreuses sur cet hémisphère que sur l'hémisphère gauche. Le *lobe frontal* présente une bande d'*atrophie* oblique d'avant en arrière, large de 2 centimètres environ, formant une dépression allant du tiers médian de la 1re circonvolution frontale à l'extrémite inférieure du sillon de Rolando et à la petite branche de la scissure de Sylvius. Cette zone d'*atrophie* comprend donc le pied des trois premières circonvolutions frontales. Le lobule de l'insula moins développé que celui du côté opposé, ne semble pas très altéré. Légère atrophie de la partie toute supérieure du lobe pariétal. En arrière et au-dessous du pli courbe, le *lobule pariétal inférieur* est le siège d'une *atrophie considérable qui se prolonge sur la 2me circonvolution occipitale,* où elle atteint son maximun. *Les circonvolutions sclérosées et atrophiées offrent à ce niveau l'apparence d'un amas d'anneaux de tœnia.*

Le *lobe temporal*, sain en avant, présente en arrière des

adhérences pie-mériennes avec atrophie se prolongeant sur la partie postérieure et inférieure de la circonvolution de l'hippocampe. A la face interne de l'hémisphère droit nous notons une *sclérose atrophique considérable* de la moitié postérieure de la première circonvolution frontale, de la partie inférieure du *lobule paracentral* et de toute sa portion post-rolandique vers la terminaison de la pariétale ascendante. La partie correspondant à la terminaison de la frontale ascendante est saine en apparence. L'*arrière-coin* est aussi atrophié au voisinage du lobule paracentral. Le *coin* est petit et atrophié surtout vers son sommet mais cette lésion est moins intense que les précédentes. La partie toute postérieure du lobe occipital semble saine. La *circonvolution du corps calleux* est le siège d'une *atrophie scléreuse* intense surtout à son bord inférieur dans la portion qui correspond au lobule paracentral. Le pli de passage qui termine cette circonvolution et la fait communiquer à la partie postérieure de l'avant-coin, semble sain et non atrophié.

Moelle épinière. Rien d'appréciable à la simple inspection.

Encéphale	680 gr.
Hémisphère cérébral droit	240 gr.
— — gauche	270 gr.
Poids total du cerveau	510 gr.
Cervelet et isthme	145 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	65 gr.
— — gauche	65 gr.
Bulbe et protubérance	15 gr.
Liquide céphalo-rachidien écoulé	25 gr.
Moelle épinière	25 gr.

Cou. — *Larynx* et *trachée*, rien. — *Corps thyroïde*, 5 gr. — Pas de traces du *thymus*.

Thorax. — *Grosses bronches*, saines. Quelques ganglions péribronchiques offrant le volume d'une bille et présentant à leur centre des foyers *caséeux*. — *Poumon droit* (120 gr.), *granulations miliaires* assez abondantes; atélectasie de la base dont les fragments plongent dans l'eau. — *Poumon gauche* (110 gr.), granulations miliaires disséminées, congestion de la base. — *Plèvres* tant pariétales que viscérales couvertes de nombreuses *granulations tuberculeuses* miliaires. — *Péricarde* et *cœur* (40 gr.) sains, et sans anomalie. Il en est de même des gros vaisseaux.

Abdomen. — *Péritoine* sans granulations apparentes mais

recouvert d'un enduit puriforme. Adhérences nombreuses des anses intestinales entre elles. — *Estomac* et *duodénum* sains. — Le *jéjunum* et l'*iléon* présentent 10 *ulcérations* plus rapprochées et plus profondes vers la terminaison de l'intestin grêle. Ces ulcérations, situées entre deux valvules conniventes, sont perpendiculaires à l'axe de l'intestin. Leurs bords sont tuméfiés, taillés à pic, d'un blanc légèrement rosé ; le fond, dépouillé de muqueuse, est noirâtre et présente par places de petits points blancs et granuleux, semblant être des granulations tuberculeuses. Ces ulcérations, situées à l'opposite de l'insertion du mésentère, forment parfois des anneaux presque complets. Du côté de la face séreuse de l'intestin, au niveau des ulcérations, existent des dépressions noirâtres qui adhèrent fréquemment aux circonvolutions intestinales voisines. Dans le *cœcum* et le *côlon* ascendant, l'on rencontre encore quelques ulcérations semblables. — L'*appendice iléocœcal*, sain et libre, a environ 6 c/m. de longueur. — Les *ganglions mésentériques* offrent une masse d'aspect cérébroïde qui ne pèse pas moins de 170 gr. Ces ganglions ont à leur centre de volumineux *foyers caséeux*, surtout développés au niveau du cœcum. Un de ces foyers caséeux communiquait avec l'intestin par une *ulcération intestinale*.

Foie (540 gr.) hypertrophié et graisseux sans aucune granulation à la surface, ni sur les coupes. — *Pancréas* (10 gr), dur, volumineux. — *Rate* (55 gr.) : quelques *ganglions caséeux* au niveau de son hile ; pulpe splénique, dure, parsemée de quelques *granulations tuberculeuses*. La capsule, épaissie par places, ne laisse voir aucune granulation. — *Reins* (45 gr.) chacun), traces nettes de lobulation ; sains. — *Vessie*, rien de particulier. — *Testicules*, naturels, situés dans l'intérieur du canal vagino-péritonéal persistant, près de l'orifice inguinal supérieur.

Signalons encore l'*atrophie* toute particulière des *muscles adducteurs* des cuisses et du *psoas-iliaque*. Ces muscles, de couleur feuille morte, sont rétractés au point de ne permettre que par leur section, tant à droite qu'à gauche, l'extension des cuisses sur le bassin du cadavre. D'une manière générale, tous les muscles du côté gauche sont considérablement atrophiés.

RÉFLEXIONS. — I. L'*alcoolisme* du père est le seul antécédent héréditaire auquel on puisse attacher une certaine importance. La *tuberculose* n'est

pas suffisamment affirmée parmi les ascendants pour

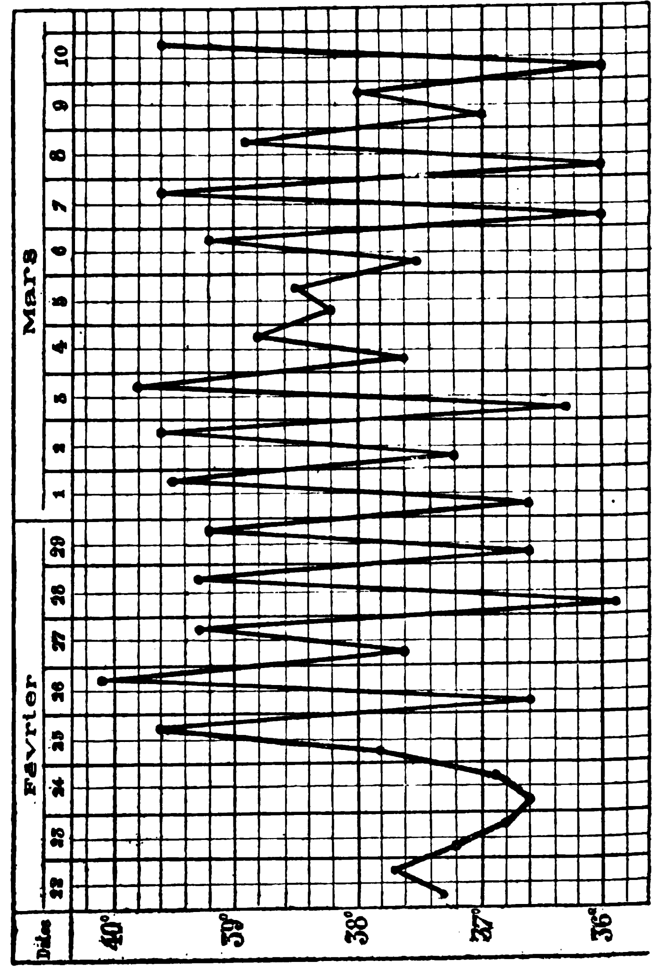


Fig. 1.

lui faire jouer le rôle de cause prédisposante dans la maladie ultime de l'enfant.

II. Rien de bien particulier durant la grossesse; les frayeurs de la mère, femme bornée et peu émotive, n'ont occasionné aucun trouble, même passager. Mais l'influence de l'accouchement laborieux est ici indéniable : l'*asphyxie* à la naissance, intense et prolongée, paraît en être la première conséquence. Rappelons que cet accident s'était déjà produit dans la famille, le frère aîné de Sal... vint asphyxié à sa naissance et mourut deux heures après. Les *convulsions* liées sans doute à l'asphyxie, *limitées aux membres du côté gauche* et portant sur toute la face, se manifestèrent dès le premier jour de la vie de l'enfant. Notons enfin la *déformation* céphalique, constatée par le médecin, appelé pour soigner les accidents convulsifs. Tout ceci nous permet de croire que l'accouchement laborieux a joué le rôle principal dans la genèse des lésions qui ont occasionné l'idiotie et ses complications.

III. Parmi les symptômes que présenta le malade, deux dominent la scène : 1° la *paralysie* avec *contractures*, se manifestant sur les membres inférieurs, principalement le gauche et sur le membre supérieur correspondant; 2° le *gâtisme*. L'autopsie nous permettra de faire à ce sujet quelques remarques intéressantes.

En ce qui concerne l'évolution de la *tuberculose intestinale* qui a suivi la marche torpide de la plupart des maladies des idiots gâteux, nous nous bornerons à signaler la marche de la température. *(Fig. 1.)*

IV. A l'autopsie, nous avons constaté la persistance des sutures de la calotte crânienne, l'absence de synostose, la transparence de ces sutures, la disjonction possible de l'occipital des pariétaux, ce qui montre que le crâne était encore capable de se développer. Le tableau des *mensurations* successives de la tête vient

d'ailleurs à l'appui de cette opinion. Aussi, avant d'intervenir chirurgicalement, serait-il sage de se rendre compte du développement de la tête par des mensurations périodiques, etc.

V. L'examen du cerveau nous a montré, suivant les prévisions, une *sclérose atrophique* très nette de la *pariétale ascendante* et du *lobule paracentral* tant à droite qu'à gauche. Ce fait concorde avec la *paraplégie complète* et les *contractures* observées pendant la vie. A gauche, la lésion est bornée à la partie supérieure de la pariétale ascendante, tandis qu'à droite, la lésion occupe toute la zone motrice ; notre malade n'avait, en effet, que le membre inférieur paralysé du côté droit, tandis qu'à gauche, les deux membres étaient frappés de paralysie.

La lésion bilatérale de la partie toute postérieure du lobule paracentral nous paraît mériter une mention spéciale à cause de sa coïncidence avec le gâtisme le plus complet. Ce fait viendrait à l'appui *du résultat des expériences* de Sherrington (de Londres). D'après cet auteur, la partie toute postérieure du lobule paracentral, chez le chat, serait le centre moteur cortical des contractions du sphincter anal (1). Or, chez l'enfant Sal..., il y avait à ce point, des deux côtés, une atrophie de la région tout-à-fait postérieure du lobule paracentral. Nous signalons cette coïncidence, sans en conclure que là est la cause du gâtisme.

VI. Nous avons vu que les *convulsions*, au dire des parents, siégeaient exclusivement sur les *membres du côté gauche*. L'*autopsie* nous a fait découvrir une prédominance très nette des lésions atrophi-

(1) *Congrès intern. de physiologie*, session de Liège, 31 août 1892.

ques sur l'*hémisphère cérébral droit* qui pesait 30 gr. de moins que le *gauche* et offrait une *dégénération secondaire* portant sur le *tubercule mamillaire*, le *pédoncule cérébral* et la *pyramide antérieure* du côté *droit*. Les *hémisphères cérébelleux* étaient égaux.

VII. Il est regrettable que l'absence complète d'intelligence de l'enfant nous ait empêché de procéder à un examen sérieux de la vue. Peut-être aurions-nous trouvé un trouble fonctionnel concordant avec la lésion du *coin droit* et le manque de développement du lobe occipital gauche.

VIII. Mentionnons enfin l'*adénopathie* énorme des ganglions mésentériques surtout au niveau du cœcum et l'abouchement singulier d'une caverne, dûe au ramollissement d'une de ses masses ganglionnaires, avec le cœcum par l'intermédiaire d'une *ulcération intestinale*.

IV.

Imbécillité et hémiplégie droite avec athétose;

PAR BOURNEVILLE ET DAURIAC.

SOMMAIRE. — *Père, quelques excès de boisson, mort phtisique. — Mère, migraineuse. — Grand-père maternel, quelques excès de boisson. — Oncle maternel, aliéné. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 10 ans.*

Première dent à 5 mois. — Marche et parole à 20 mois. Méningite à 2 ans 1/2, avec convulsions, suivies de paralysie du côté droit avec impossibilité de parler. — Retour progressif de la marche et de la parole. — Début précoce de l'athétose. — Début de l'épilepsie à 3 ans; prédominance des convulsions dans le côté droit (paralysé). Kleptomanie. — Hypospadias. — Suspension des accès en 1882-1884. — Marche des accès. — Mort dans un état de mal.

AUTOPSIE. — *Absence de synostose des os du crâne; os wormiens. — Inégalité de poids de 75 gr. des deux hémisphères cérébraux. — Atrophie de l'hémisphère cérébral, du nerf optique et du pédoncule cérébral gauches. — Adhérences partielles de la pie-mère. — Longueur exagérée de l'appendice vermiculaire.*

Le Tal.., Hypolite, né à Paimpol, le 1er septembre 1873, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 29 septembre 1882.

Antécédents. (Renseignements fournis par sa mère, le 11 octobre 1882). — *Père*, employé de commerce, mort en 1878 de la poitrine, à 38 ans. C'était un homme de haute taille, d'un caractère calme et très intelligent. Il a fait quelques excès de

boisson, prenant de temps en temps, mais non tous les jours, de l'absinthe ou du vermouth. Marié à 29 ans, ni migraines, ni syphilis, ni dartres. Il vivait en bonne intelligence avec sa femme. — [*Père*, perruquier, sobre et sans antécédents nerveux. — *Mère*, bien portante, n'a jamais rien présenté de particulier au point de vue nerveux. Les *grands parents* n'ont pas laissé la réputation d'avoir été nerveux. On ne les a pas connus. 2 *frères* morts l'un à Sedan, l'autre de la variole, pendant la guerre. Une *sœur* en bonne santé et sans enfants. Pas d'aliénés, d'épileptiques, de suicidés, de criminels, de paralytiques ou de difformes dans la famille].

Mère, 32 ans, domestique depuis son veuvage. Elle est grande, brune, de physionomie agréable et intelligente. Sa santé est bonne, et elle n'est incommodée que par des *migraines* qui surviennent presque toujours 2 ou 3 jours avant l'époque menstruelle. Elle éprouve une céphalalgie frontale sans vision colorée, nausées ou vomissements. Tout rentre dans l'ordre après le sommeil. Elle n'accuse aucun antécédent nerveux tels que convulsions de l'enfance, attaques de nerfs, etc. Pas de maladies de peau.— [*Père*, excès modérés de cidre, mort d'une maladie de foie. — *Mère*, bien portante, à part quelques migraines. — Pas de détails sur les *grands parents* des deux côtés. — 3 *frères* : un est mort du croup; un second est bien portant et a un enfant de 3 mois; le 3e est enfermé dans un asile d'aliénés; il est devenu fou à 18 ans. — Une *sœur* en bonne santé, non mariée. — Pas d'autres aliénés, pas de paralytiques, etc. — *Pas de consanguinité*. — Inégalité d'âge de 10 ans.

4 *enfants* : 1° une fille morte de la variole à 20 jours, sans convulsions; — 2° notre malade ; — 3° un garçon de 7 ans, intelligent, bien portant, pas de convulsions; — 4° une fille de 4 ans en parfaite santé.

Notre malade. — Rien de particulier à l'époque de la *conception*. — *Grossesse* bonne. — *Accouchement* naturel. Pas d'asphyxie à la *naissance*. Elevé au sein par sa mère jusqu'à 7 mois. Marche et parole à 20 mois. Il a été propre de bonne heure. — Il venait très bien, grandissait et se montrait intelligent lorsque, vers 2 ans et demi, il aurait été atteint de *méningite*. Il resta somnolent pendant 12 jours, consécutifs et ne présenta pas de phénomènes convulsifs. Après le 12me jour, il sembla sortir de sa torpeur, mais cela ne fut que passager et il resta encore un mois et demi dans le même état. Il a eu des *convulsions* dans les 15 derniers jours. Ces

convulsions, sur les caractères desquelles on ne peut fournir de détails précis, ont été suivies d'une *paralysie du côté droit* avec impossibilité de parler. Au bout de trois semaines la marche est devenue possible, mais en trainant la jambe ; la parole est revenue peu à peu vers la même époque et s'est perfectionnée progressivement. La mère de Le Tal... dit qu'elle a remarqué les mouvements convulsifs des doigts de la main paralysée (*athétose*) quand il a commencé à se remettre.

Vers l'âge de 3 ans, apparition d'*accès épileptiformes*, survenant le jour aussi bien que la nuit. Il y avait ordinairement une *aura* ; l'enfant criait : « maman, maman ! » puis sans autre cri, les yeux « chaviraient » et le côté paralysé paraissait plus intéressé que l'autre. Il est impossible de préciser l'existence de secousses. La figure devenait noire et on voyait aux lèvres un peu d'écume. L'enfant s'est mordu plusieurs fois la langue et a eu des mictions involontaires. Parfois sommeil consécutif. Pas de folie avant ou après les accès. — Le *maximum des accès* a été de 12 en 24 heures. — En 1882, il est resté 3 mois sans en avoir.

Le T.. a été envoyé à l'asile maternel à 2 ans, puis à 3 ans et demi. Depuis, il a été mis à diverses écoles dont on le renvoyait à cause de ses accès. Par suite, il n'a appris que peu de choses ; il connaît ses lettres, s'habille seul et a bonne mémoire. Il est propre, doux, affectueux, mais voleur et quémandeur. Il met volontiers la main sur les sous ou les friandises qui sont à sa portée, et demande de l'argent aux personnes qu'il voit chez lui. Il se sert surtout de sa main gauche, en particulier pour manger.

Ses fonctions digestives et respiratoires sont bonnes. Pas d'onanisme. — Il a eu sa 1re dent à 5 mois. — Il les avait toutes lorsqu'est survenue sa méningite. Il n'a pas eu de fièvres éruptives, mais quelques accidents scrofuleux. Comme traitement antérieur, il a pris seulement du bromure de potassium.

Septembre. — Le T... parle avec une certaine difficulté à cause de son *athétose*. Il apporte de la bonne volonté aux travaux de l'école. Il se lave, s'habille et se déshabille, se boutonne et se déboutonne seul quoique avec difficulté par suite de sa paralysie. Caractère doux, obéissant, mais un peu autoritaire : il commande volontiers à ses camarades. Il est soigneux de sa personne et de ses affaires. Il connait les différentes parties de son corps, le nom des objets usuels, les couleurs, les lettres (il commence à syllaber), les chiffres (il compte sur le boulier jusqu'à 120), quelques nombres (10, 20, 30, etc.). Il ne veut pas jouer avec les enfants en robe (gâteux).

24-31 *octobre.* — Revacciné sans succès.

19 *décembre.* — L'enfant n'a pas eu d'accès d'épilepsie depuis son entrée bien qu'il ait été envoyé à Bicêtre de l'hôpital Beaujon comme *épileptique*. Il est atteint d'*hémiplégie du côté droit* avec *athétose* : contorsions de la face à droite, mouvement des doigts de la main qui se porte en arrière, etc.

Le certificat, qui nous est communiqué, d'un médecin principal en retraite, fait à la date du 2 septembre, dit que l'enfant « est atteint d'épilepsie depuis plusieurs années, qu'il a été soigné par nous et par plusieurs confrères sans amélioration notable dans son état, malgré les moyens les plus énergiques, l'emploi de la belladone, du bromure, etc. ; que cet enfant tend à devenir maniaque et qu'il y aurait lieu de le placer dans une maison de santé. »

1883. *Janvier.* — Le T... se montre très désobéissant. Tendance au vol; il demande de l'argent aux personnes qui viennent visiter ses camarades. Si on le gronde et qu'il ne puisse pas répondre, il entre dans de violentes colères et devient tout bleu.

Juillet. — Le T... commence à tracer des o, à lire mais pas encore couramment; il a appris à cirer ses souliers et à mieux se servir de sa main droite. Il n'est plus aussi voleur ni mendiant et ne se fait plus servir par les autres enfants.

1883. 23 *juin.* — *Dentition. Mâchoire supérieure* : 12 dents médiocrement rangées; érosion des deux tiers inférieurs de la couronne des incisives, en cupule. Canines de lait jaunes et atrophiées. Érosion des premières molaires, jaunâtres et irrégulières sur toute leur surface.

Mâchoire inférieure : 4 incisives permanentes avec érosion. Premières molaires avec érosion de toute la surface; le reste, dents de lait plus ou moins cassées. *Articulation* : elle ne semble pas encore bien fixée; se rapproche de l'état normal. *Voûte palatine* profonde. *Gencives* en un bon état.

20 *août.* — Séjour à l'infirmerie pour la diarrhée.

1884. 14 *juin.* — Le T... exécute bien tous les exercices de la gymnastique Pichery. Il connaît assez bien le nom des objets qui l'environnent. — Il sait boutonner, déboutonner, lacer, s'habiller, se déshabiller, se laver mais avec quelque difficulté en raison de son infirmité; il mange avec la cuiller et la fourchette; il distingue les couleurs et les place vite. Il compte par unité jusqu'à 100 et par deux jusqu'à 50; il con-

naît l'heure, le nom de quelques figures géométriques et celui des animaux. Il commence à syllaber et à faire quelques mots sur le cahier de la *main gauche*. Il n'a pas de tics ni de mauvais instincts.

1885. *Juin*. — Le Tal... lit à peu près couramment; sa mémoire est bonne; il est docile et attentif. — L'enfant qui n'avait pas eu d'accès depuis son entrée en a eu ce mois-ci 17. — *Traitement*: élixir polybromuré.

1887. 21 *février*. — Légère amygdalite. — Les accès continuent, même traitement. — En *avril*, embarras gastrique. — Hydrothérapie, du 8 juin au 1er octobre.

23-28 *décembre*. — Abcès du sein droit, un peu au-desssus du mamelon.

Mémoire bonne. Parole libre. Le T... peut converser; il s'habille et se lave seul, est soigneux, même coquet. A l'entrée, il ne pouvait tracer que des bâtons, (PL. VII, *Fig*. 1); maintenant, il commence à écrire (PL. VII, *fig*. 2). Il compte jusqu'à 1000, distingue les chiffres pairs et impairs, possède la notion du temps, connait les mois, les jours, l'heure, les différentes parties de son corps et de ses vêtements. Il exécute convenablement tous les exercices de la gymnastique Pichery. Le T.. est obéissant, respectueux, mais un peu sournois.

1888. 15 *juin*. — *Etat actuel*. — La tête offre un léger degré d'asymétrie. Le crâne est ovoïde, un peu plus renflé à gauche. Le front, bas, mesure 4 cent. 1/2. Les bosses frontales sont peu proéminentes. Il en est de même des arcades sourcilières. La bosse pariétale est surtout proéminente à gauche.

Les *yeux* sont bruns, parfaitement mobiles, sans paralysies. Le Tal... distingue bien les couleurs. Les pupilles sont égales. — Le *nez* est bien constitué. L'*odorat* parait intact. — La *bouche*, les *lèvres* n'offrent rien de particulier. La voûte palatine est fortement ogivale. — Les *oreilles*, très écartées du crâne, sont adhérentes par leur lobule. L'*ouïe* est conservée.

L'enfant ne peut gonfler ses joues et parfois les aliments restent dans le sillon alvéolo-labial.

Le *cou* et le *corps thyroïde* n'offrent rien d'anormal. Le *thorax* est légèrement asymétrique et l'on peut constater que l'omoplate du côté droit est plus rapprochée que la gauche de la ligne médiane.

Les *membres supérieurs* sont bien musclés. On observe

à droite des mouvements athétosiques. Il en est de même dans le membre inférieur droit.

La parole et la prononciation sont gênés par des mouvements convulsifs des lèvres. — La *sensibilité générale* est conservée : contact, douleur et température. — Les *réflexes* pharyngiens et rotuliens sont abolis(?). — *Peau*, normale. Adénites cervicales gauches. — Digestion, respiration et circulation, rien de particulier. (Voir plus loin le tableau des mensurations de la *tête* et des *membres*.)

Puberté. — Visage et aisselles glabres. Un bouquet de duvet de chaque côté de la racine de la verge. Bourses pendantes. Testicules inégaux : le gauche est plus gros que le droit (côté paralysé), dans la proportion d'un cinquième ; on peut les comparer à une grosse et une petite olives. Le prépuce est long et son ouverture étroite. En découvrant le gland, on rompt des adhérences de chaque côté, assez facilement d'ailleurs. Le méat est porté fortement en arrière (*hypospadias*) mais est assez large. Longueur de la verge, 4 centimètres; circonférence, 4 centimètres 5.

Le T... est apprenti tailleur depuis le mois de février. Il travaille bien à l'école, et pourrait faire mieux. Il s'irrite à la moindre observation et déclare qu'il ne veut plus rien faire. Parfois, ce qui n'arrivait pas auparavant, il est grossier, s'emporte et menace de battre.

1889. *Avril-octobre.* — Hydrothérapie.

Août. — *Puberté.* — Fin duvet de la lèvre supérieure ; quelques poils courts sous les aisselles et au niveau de la colonne vertébrale. Quelques poils (une dizaine) autour de la racine de la verge. Les testicules, de la grosseur d'un petit œuf de pigeon, *paraissent égaux*.

1890. *Janvier.* — Traitement : élixir polybromuré. (V. PL. VII, *Fig.* 3).

15 *Juillet.* — *Puberté.* Visage et menton glabres. — Peu de poils sous les aisselles, pas sur le tronc et l'abdomen. Quelques poils noirs, assez longs, sur les parties latérales de la verge. — Le pénis est long de 5 centimètres. Le gland est difficilement découvrable. Les testicules, égaux, sont de la grosseur d'un petit œuf de pigeon. Pas de poils au périnée, anus normal.

29 *juillet.* — Dans un *accès*, chute sur le côté droit et ecchymose orbitaire. — La *langue* est craquelée, et présente de nombreuses *fissures*.

Décembre. — Physionomie assez ouverte, regard expressif.

Caractère toujours un peu irascible ; il se plaint souvent de ses camarades pour des motifs futiles ; il les menace alors de l'enfer ; cependant il joue volontiers. Il est courageux, attentif au travail, affectueux, poli, ne prononce jamais de mots grossiers, n'est pas menteur. Il lit couramment, fait de petites dictées et commence la multiplication. En somme, légère amélioration. (PL. VII, *Fig.* 4).

1891. *Janvier.* — Le Tal... a continué les douches et l'*élixir* polybromuré. Les accès ont diminué, mais les vertiges ont augmenté.

1er *avril.* — *Hydrothérapie* jusqu'au 1er octobre et, en même temps, élixir.

18 *juillet.* — Recrudescence des accès, due probablement à l'onanisme.

Puberté. Léger duvet un peu plus abondant au-dessus des commissures sur la lèvre supérieure. Menton et joues glabres. Duvet peu abondant et fin au niveau du sternum. Une trentaine de poils longs, châtains foncés, au niveau du sommet des aisselles. — Une soixantaine de poils longs, frisés, châtains, au niveau de la racine de la verge. — Quelques poils sur le scrotum et autour de l'anus. Verge : circonférence, 85 millimètres ; longueur, 8 centimètres ; phimosis assez prononcé. — Testicules égaux, du volume d'un œuf de pigeon, le gauche descendant un peu plus bas que le droit.

Décembre. — Les progrès sont peu sensibles depuis le mois de juin ; l'écriture est la même ; le calcul reste faible ; on a beaucoup de peine à faire faire à l'enfant de petits problèmes sur l'addition et la soustraction. La mémoire est assez bonne. Le caractère semble se modifier d'une façon fâcheuse : Le T... est moins docile, devient plus irascible, est parfois grossier avec ses maîtres. Il joue peu avec ses camarades, a des idées mystiques, parle souvent de ses prières et du bon Dieu. A l'atelier de couture, il paraît un peu en progrès et fait bien mieux les coutures qu'autrefois.

1892. 21 *mai.* — Le T... ayant eu deux accès et s'étant blessé le nez est envoyé à l'infirmerie. Dans l'après-midi, il a quatre autres accès après chacun desquels il a repris aussitôt connaissance. Il a mangé avec bon appétit, et le soir au coucher il n'a présenté rien de particulier. T. R. 37°, 4. — *Soir* : T. R. 37°, 6. Depuis quelque temps, il y a un arrêt dans son travail à l'école (PL. VII, *Fig.* 5).

22 *mai.* — Le T... a été pris d'accès ce matin à 5 h. 10, puis

à 5 h. 20, 5 h. 30, 5 h. 45, 6 h., 6 h. 15, 6 h. 30, 6 h. 35, 6 h. 42, 7 h.; la T. R. est restée à 38°.

Les accès se sont montrés aux heures suivantes : 7 h. 5, 7 h. 10, 7 h. 15, 8 h. 20, 8 h. 25, 8 h. 45. La connaissance revient après chaque accès; l'enfant parle de sa mère et dit qu'il pense qu'elle ne viendra pas le voir aujourd'hui.

Accès à 10 h. 15, 10 h. 20, 10 h. 23, 10 h. 27 (20e accès); 10 h. 30, 10 h. 35, 10 h. 40, 10 h. 45, 10 h. 48, 11 h., 11 h. 15, 11 h. 20, 11 h. 25, 11 h. 30, 11 h. 35, 11 h. 45, midi, midi et 1/2. La T. R. prise aussitôt est à 37° 8; 1 h. plus tard, sans nouvel accès, elle est à 38° 2; 2 h. après, c'est-à-dire à 2 h. 1/2 sans nouvel accès, on note 38° 7. Durant cette rémission, l'enfant a sa connaissance et dit qu'il va mieux. A 3 h. un quart, 35e accès à la suite duquel l'enfant ne reprend plus connaissance et tombe dans le *coma*. Accès à 4 h. 15, 4 h. 20, 4 h. 23, 4 h. 27, 4 h. 30, 4 h. 35, 4 h. 40, 4 h. 47 et 4 h. 50. A 5 h. il a son 45e accès dans lequel il succombe *(État de mal)*.

La température au moment de la mort est de 39°, 4; — 1/4 d'heure après la mort de 38°, 8; — 1 heure après de 38°, 8; — 2 heures après de 36°, 2.

Tête.

	1887	1888	1889		1890	1891
		Juin.	Janv.	Juill.	Juill.	Juill.
Circonférence horizontale max...	52 1/3	52 1/3	52 5	52 »	52 »	53 »
Demi-circonférence bi-auriculaire	36 1/2	36 1/2	37 »	37 2	37 »	38 »
Distance de l'articulation occipito-atloïde à la racine du nez.....	36 1/2	37 »	37 5	37 3	37 »	37 »
Diamètre antéro-postérieur max.	17 »	17 »	17 4	17 8	17 5	17 5
Diamètre bi-auriculaire..........	10 »	11 4	11 5	11 5	12 »	11 8
— bi-pariétal...........	14 7	14 7	14 9	14 9	14 9	14 5
Hauteur médiane du front.......	» »	»	» »	» »	» »	5 »
Circonférence du cou............	......	38 »	» »	» »	» »	» »
— du thorax.........	......	67 »	» »	» »	» »	» »

Dans les derniers mois de son existence, Le T... était encore devenu plus irritable. Il répondait grossièrement aux observations de ses maîtres et, en même temps, il avait le regard menaçant. Ses poches étaient constamment garnies de livres

de piété, que ses parents ou le vicaire lui donnaient. Dans ses colères, il menaçe des peines de l'enfer, du démon, etc. Ses camarades, malgré la défense qui leur en était faite, le taquinaient à cause de ses idées mystiques, ce qui irritait encore son caractère. A l'école, état stationnaire pour le calcul; il commençait à faire de petites dictées. Son attention était souvent distraite par une sorte de contemplation. La tenue restait bonne.

Membres supérieurs.

	1887		1889		1891	
	D.	G.	D.	G.	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aisselle	22 »	23 »	23 »	24 »	22 »	23 »
Circonférence à 10 c. au-dessus de l'olécrâne	20 5	20 5	20 5	21 »	19 »	19 »
Circonférence à 10 c. au-dessous de l'olécrâne	20 5	20 »	20 5	19 »	20 »	20 »
Circonférence au niveau du poignet	16 »	15 5	16 »	16 »	16 »	16 »
— au niveau du métacarpe	19 »	18 »	20 »	20 »	20 »	20 »
Distance de l'acromion à l'olécrâne	26 »	27 »	27 »	27 »	27 »	27 »
Distance de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	22 »	22 »	22 »	22 »	25 »	25 »
Distance du cubitus à l'extrémité du médius	18 »	18 »	17 »	17 »	17 »	17 »

Membres inférieurs.

	1887 D.	1887 G.	1889 D.	1889 G.	1891 D.	1891 G.
Circonférence au niveau de l'aine	41 5	43 5	43 5	44 »	41 »	42 »
Circonférence à 10 c. au-dessus de la rotule	34 »	36 »	35 »	37 »	35 »	39 »
Circonférence à 10 c. au-dessous de la rotule	27 5	27 5	27 5	27 5	28 »	28 »
Circonférence au niveau du cou-de-pied (au-dessus des malléoles)	21 »	21 »	21 »	21 »	19 »	19 »
Circonférence à la partie moyenne du pied	22 »	22 »	22 »	22 »	22 »	22 »
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne articulaire du genou	40 »	40 5	44 »	44 »	44 »	44 »
Distance de cet interligne à la malléole externe	34 5	35 »	35 »	35 »	35 »	35 »
Distance de la malléole externe à l'extrémité de l'orteil médian	15 5	17 »	15 5	16 »	15 5	16 »

MOIS	1882		1883		1884		1885		1886		1887		1888		1889		1890		1891		1892	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vartiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	15	3	17	»	14	1	10	»	10	2	20	4
Février	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	8	1	18	»	3	1	14	13	1	»	10	3
Mars	»	»	»	»	»	»	»	»	14	»	14	»	14	2	12	»	3	16	14	»	9	1
Avril	»	»	»	»	»	»	»	»	5	2	15	2	10	»	24	»	3	4	12	»	6	2
Mai	»	»	»	»	»	»	»	»	26	»	5	»	13	3	14	»	15	1	14	»	47	1
Juin	»	»	»	»	»	»	17	»	23	»	3	»	23	4	5	7	2	1	20	2		
Juillet	»	»	»	»	»	»	24	7	»	»	3	»	23	1	6	7	5	2	27	»		
Août	»	»	»	»	»	»	3	8	»	»	2	»	29	»	15	»	14	5	15	»		
Septembre	»	»	»	»	»	»	17	3	12	»	»	»	18	»	14	»	10	3	14	»		
Octobre	»	»	»	»	»	»	8	14	26	»	1	»	5	1	13	»	2	1	14	»		
Novembre	»	»	»	»	»	»	27	»	1	»	8	»	6	»	8	3	4	»	16	1		
Décembre	»	»	»	»	»	»	10	»	18	»	13	»	3	»	6	»	2	1	27	»		
Totaux	»	»	»	»	»	»	106	32	125	2	87	6	179	11	134	19	84	47	174	5	92	11

Les mensurations de ce genre ne peuvent être prises toujours par nous ; nous sommes obligés souvent de les faire prendre par nos internes. De là, parfois, et c'est le cas, quelques irrégularités. Ici les mensurations montrent que l'atrophie des membres paralysés n'était pas considérable.

	1882	1883		1884		1885		1886		1887	
	29 nov.	5 Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet
Poids......	23.500	24.200	25.500	25.700	25.200	27.700	27.400	28.000	31.600	32.500	34.000
Taille......	1.45	1.18	1.18	1.22	1.23	1.25	1.27	1.31	1.33	1.35	1.37

	1888		1889		1890		1891		1892	
	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Après décès.
Poids..............	34.500	35.000	36.000	36.200	36.300	37.100	38.000	41.200	43.100	46.200
Taille..............	1.39	1.405	1.415	1.43	1.45	1.47	1.49	1.51	1.53	

AUTOPSIE faite le 24 mai 1892. — *Tête.* — *Cuir chevelu* très épais, très congestionné, presque ecchymotique et sans panicule adipeux.

La *calotte crânienne* est épaisse et lourde. Les os paraissent fort denses. Plus épaisse à gauche qu'à droite, elle porte les vestiges de congestions répétées qui ont amené une vascularisation inégale dans les divers points de la voûte. La zone de vascularisation est plus accentuée à gauche, en arrière de la bosse pariétale; à droite, elle siège dans un rayon plus étendu et occupe une circonférence dont le centre serait le sommet de la bosse pariétale. Vue par transparence, la calotte n'est en aucun point diaphane, excepté en deux zones bien limitées, occupant à droite et à gauche de la sagittale deux points symétriques très rapprochés de la réunion de cette suture à la coronale. A droite de la protubérance occipitale interne, on remarque encore un point peu épais.

En ce qui concerne les *sutures*, il est tout d'abord impossible de trouver trace de la suture métopique. On est frappé par la courbure régulièrement plane du frontal. On ne trouve pas trace de bosses frontales. Les sinus frontaux font absolument défaut. La *coronale* présente un trajet parfaitement régulier, mais très riche en arborisations osseuses, surtout à droite et à gauche vers la partie la plus élevée de la suture. En aucun point la synostose n'a débuté, néanmoins, l'engrénement est plus rapproché à la table interne qu'à la table externe, où il est facile, en certains points, d'introduire une lame de canif entre les deux bords de coaptation. La *sagittale* affecte une direction antéropostérieure régulière. La partie correspondant au bregma n'est pas sinueuse. Il n'en est pas de même des parties situées en avant et en arrière qui sont très arborisantes.

L'insertion du sinus longitudinal a laissé un sillon profond à la table interne de la suture. On voit aussi sur les deux pariétaux, près de leur bord antérieur, une forte dépression causée par la méningée moyenne. La *synostose* fait défaut sur la table interne, aussi bien que sur la table externe dans toute l'étendue de la sagittale. La *suture lambdoïde* est tout aussi libre. Elle présente *deux os wormiens* inclus dans son trajet au sommet de l'angle qu'elle forme en rencontrant la suture sagittale. Sur la branche gauche, on trouve également un *os wormien*. — La base du crâne est asymétrique. — Le *trou occipital* est régulier. — Le *liquide céphalo-rachidien* n'est pas augmenté.

Encéphale	1220 gr.
Hémisphère cérébral droit	560
— gauche	485
Poids du cerveau	1045
Cervelet et isthme	150
H. cérébelleux droit	80
— gauche	80
Bulbe et protubérance	10
Moelle épinière	40

Le *nerf olfactif gauche* est moins large que le droit, surtout vers son origine. — Le *nerf optique gauche* paraît un peu plus petit que le droit. — Il en est de même du *tubercule mamillaire gauche.* — Le *pédoncule cérébral* gauche semble un peu plus aplati que le droit. On ne note pas de différence sensible entre les deux moitiés de la *protubérance.*

Dure-mère congestionnée. Les veines et les sinus sont gorgés de sang fluide. Les *artères* de la base paraissent symétriques. La *pie-mère* est très hyperémiée sur toute son étendue, avec de petites ecchymoses très nombreuses sur la partie antéro-inférieure des circonvolutions. Le *cerveau* est mou ainsi que le *bulbe.*

Hémisphère cérébral gauche. — La *pie-mère* s'enlève en général assez facilement, sauf au niveau du pli pariétal inférieur, du pli courbe, de la partie postérieure de la 1e et de la 2e temporale, de F³, de la partie inférieure de FA, du lobule de l'insula. Sur la face interne, on voit à peine quelques petites adhérences au niveau du lobe temporal. — La *couche optique,* le *corps strié* n'offrent rien de particulier. — Le *ventricule latéral* paraît un peu uniformément dilaté. — La *pie-mère* semble partout un peu épaissie.

Les *circonvolutions* sont bien dessinées, mais sensiblement moins volumineuses que celles du côté droit, ce qui est en rapport avec la différence de poids, 75 gr., des deux hémisphères cérébraux. La *frontale ascendante* est coupée à sa partie moyenne par un sillon transverse, une sorte de crochet qui embrasse l'extrémité supérieure de la moitié inférieure de la circonvolution qui est moitié moins développée que la supérieure. — Les sillons sont assez profonds et les plis de passage assez nombreux. — Sur la face interne, les circonvolutions sont relativement plus volumineuses. — Deux coupes pratiquées obliquement dans le sens antéro-postérieur ne font découvrir aucune lésion en foyer.

Hémisphère cérébral droit. — Mêmes particularités que sur l'hémisphère gauche au point de vue de l'état de la pie-mère. On note, en particulier, des adhérences de la pie-mère sur la partie moyenne des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, et les circonvolutions temporo-occipitales, le lobule de l'insula, la partie antérieure de la circonvolution du corps calleux. Toutes les circonvolutions sont plus volumineuses qu'à gauche. Les sillons sont profonds; les plis de passage assez nombreux.

Le *cervelet* est très mou et la décortication est pénible.

Cou. — Le *larynx* est normal. — Le *corps thyroïde* pèse 15 gr. — Le *thymus* persiste et pèse 15 gr.

Thorax. — Le poumon gauche pèse 315 gr. Pas d'adhérences. Parenchyme sain. — Le poumon droit (480 gr.) présente des adhérences des plèvres pariétale et viscérale. Il est le siège d'une congestion fort étendue. — Le *cœur* pèse 186 gr. Rien de particulier, sauf un peu d'épaississement des bords libres de la valvule mitrale. Persistance du trou de Botal se traduisant par un orifice de 5 millimètres environ; l'obliquité de la communication est très prononcée.

Abdomen. — *Foie* (870 gr.) très congestionné. — *Rate* (150 gr.) normale, ainsi que le *pancréas* (35 gr.) — *Appendice vermiculaire* très développé; sa longueur est de 20 centimètres. — Les *reins* sont fortement congestionnés; ils se décortiquent facilement et pèsent chacun 120 gr. — Pas de calculs de la *vessie*. — *Testicules* sains.

RÉFLEXIONS. — I. Sous le rapport de l'*hérédité,* il n'y a rien du côté paternel sauf quelques excès de boisson du père. Du côté maternel, nous trouvons des migraines chez la mère et l'aliénation mentale chez un oncle maternel.

II. Le T... aurait été tout à fait normal jusqu'à l'âge de 2 ans et demi. Alors il parait avoir eu une *méningite* qui aurait duré près de deux mois et aurait été accompagnée de *convulsions* fréquentes, suivies d'une *paralysie du côté droit* avec perte de la parole.

Trois semaines environ après la terminaison de cette méningite, la motilité et la parole ont commencé à revenir en même temps qu'apparaissait l'*athétose*. Le diagnostic *méningite* paraît exact, car, à l'autopsie, nous avons trouvé un épaississement de la pie-mère et de nombreuses adhérences.

Vers l'âge de 3 ans, à l'*imbécillité*, à l'*hémiplégie droite* et à l'*athétose*, est venue s'ajouter l'*épilepsie* : le syndrôme était ainsi complet.

L'épilepsie a suivi la marche que l'on observe d'ordinaire chez les hémiplégiques infantiles : il y a eu une rémission prolongée (1882-1884), des périodes avec diminution des accès, particulièrement en 1887 ; enfin souvent les accès venaient par séries, portant sur 2, 3, 4 ou 5 jours. Ainsi, Le T... a eu 1 accès le 17 avril 1892, 2 le 18 avril, 4 le 19 et 4 le 20, enfin 3 le 24 avril.

Nous avons dit souvent que les malades atteints d'hémiplégie infantile spasmodique étaient sujets à l'*état de mal* comme les épileptiques vulgaires : tel a été le cas de Le T... ; il a succombé à la période convulsive d'un état de mal en 10 heures, avec élévation de la température centrale. Anatomiquement, l'état de mal s'est traduit, selon la règle, par une congestion de la dure-mère et de la pie-mère, plus ou moins ecchymotique et une hypérémie des principaux viscères.

III. Le syndrôme imbécillité ou idiotie, hémiplégie avec contracture ou athétose et épilepsie est symptomatique, comme on le sait, tantôt d'une *sclérose atrophique*, tantôt *d'anciens foyers* d'encéphalite, de ramollissement, etc., ou encore de *méningo-encéphalite*, etc. Ici il relevait de la méningo-encéphalite. Est-il possible, durant la vie, de reconnaître la cause du syndrôme ? Chez Le T..., diverses particularités pouvaient éclairer

le diagnostic : 1° les renseignements donnés par sa mère étaient précis sur l'existence, à l'origine, d'accidents méningitiques de longue durée ; — 2° lorsque le syndrôme relève de la sclérose atrophique, par exemple, les accès ne se compliquent pas en général de traumatismes, d'évacuations involontaires, d'hébétude et ne déterminent pas d'abaissement intellectuel, phénomènes que nous avons observés chez Le T.... Les malades conservent leur intelligence, et le caractère demeure habituellement le même dans le syndrôme de la sclérose atrophique. Ici, nous avons noté des modifications défavorables du caractère : irritabilité, grossièreté de langage, accès de colère, etc.

IV. L'*athétose* a été constatée à la fin du premier mois qui a suivi la fin de la maladie, aussitôt que la *paralysie* s'amendant, Le T... a commencé à se servir de son bras paralysé. L'*hémiplégie* avait les caractères habituels dans les cas de ce genre, c'est-à-dire compliqués d'athétose ; le membre supérieur n'avait pas d'*attitude fixe,* ainsi qu'on l'observe en gén éral dans les cas d'hémiplégie avec *contracture* permanente et l'atrophie musculaire était peu prononcée. Nous devons noter l'arrêt de développement du *testicule* du côté correspondant à la paralysie. En 1888, ce testicule était moins gros d'environ un cinquième que l'autre. Cette inégalité a disparu chez Le T... ; nous l'avons vu persister, au contraire, dans d'autres cas et en particulier chez le malade Pins...(V), âgé de 23 ans, atteint d'*hémiplégie droite* : le testicule du côté gauche a le volume d'un œuf de pigeon, tandis que le droit(côté paralysé*)* est *moitié moins gros.* — Il en est de même chez Math..., âgé de 28 ans, qui a une hémiplégie droite : le testicule du côté gauche (sain) a la grosseur d'un petit œuf de poule et le testicule gauche (côté paralysé) est sensiblement plus petit, etc.

V. Les lésions de *méningo-encéphalite* étaient environ moitié plus nombreuses sur la face convexe de l'hémisphère gauche que sur la face correspondante de l'autre hémisphère. A droite, la face interne était presqu'entièrement respectée, tandis qu'à gauche, on trouvait de nombreuses adhérences sur le lobe temporo-sphénoïdal. Enfin si le lobe orbitaire droit était exempt d'adhérences, on en trouvait de nombreuses sur le lobe orbitaire gauche. Est-ce à cette méningo-encéphalite qu'il faut attribuer l'atrophie notable de l'hémisphère gauche? Nous serions tentés de le penser, plusieurs coupes pratiquées sur cet hémisphère n'ayant fait découvrir aucune lésion macroscopique. Le doute subsiste, d'ailleurs en l'absence d'un examen histologique.

VI. Cette observation, malgré ses imperfections, fait suffisament connaitre notre méthode habituelle : *mensurations de la tête* et des *membres* (quand il s'agit d'un hémiplégique), toujours notation du *poids* et de la *taille*, description des phénomènes qui caractérisent la *puberté*, et celà tous les 6 mois.

VII. Nous devons aussi appeler l'attention sur la PLANCHE VII qui donne également une idée du procédé que nous employons à l'école pour enregistrer les progrès intellectuels des enfants. Dès qu'ils commencent à tracer des bâtons, nous ouvrons leur *cahier scolaire* et, tous les trois mois d'abord, puis tous les deux mois et enfin tous les mois, nous faisons consigner sur ce cahier les exercices dont l'enfant est devenu capable. Les *figures* 1, 2, 3 et 4 montrent, surtout au point de vue de l'écriture une amélioration progressive ; la *figure* 5 décèle une déchéance, en harmonie avec les symptômes consignés dans l'histoire du malade.

VIII. Les mensurations de la *tête*, prises à différentes époques, montrent qu'elle s'est développée progressivement. L'autopsie a du reste démontré qu'il n'y avait pas de *synóstose* prématurée des os du crâne.

V.

Idiotie complète symptomatique de sclérose atrophique;

Par BOURNEVILLE et FERRIER.

SOMMAIRE. — *Pére tuberculeux. — Grand'mère paternelle morte d'apoplexie cérébrale. — Arrière-grand-père paternel, nombreux excès de boisson. — Mère, rien de particulier. — Grand-père maternel violent; excès de boisson. — Deux frères et une sœur morts de convulsions. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de* 3 *ans.*

Grossesse: impression vive produite par la vue d'un épileptique. — Méningite à 4 *mois avec convulsions* (?). — *Marche, parole, propreté, mastication nulles. — Cécité complète. — Tics.*

Autopsie: tubercules crétacés et gangrène du poumon. — Nombreux foyers de sclérose atrophique.

Vouri.., Joséphine, âgée de 11 ans, née le 6 mars 1879, est entrée à la Fondation Vallée (service de M. BOURNEVILLE), le 13 août 1890.

Antécédents (*Renseignements fournis par sa mère le* 29 *décembre* 1890). — *Père*, 45 ans, maçon, sobre, pas de convulsions, de migraines, de chorée, de rhumatismes, de dartres, ou de syphilis. Tuberculose pulmonaire chronique; dyspepsie. (*Père,* mort à 73 ans, d'accident; pas d'excès de boisson. — *Mère,* sobre, morte à 70 ans d'*apoplexie cérébrale* sans hémiplégie. Pas d'excès de boisson. — *Grand-père paternel,* nombreux excès de boisson. Pas de renseignements sur les autres *grands-parents* et les *oncles* ou *tantes.* — Deux frères bien

portants; l'un deux a des enfants, qui sont intelligents et en bonne santé. Pas de suicidés, d'aliénés, d'épileptiques, d'idiots, etc.]

Mère, 42 ans, blanchisseuse, est obèse, à face vultueuse, d'une intelligence moyenne, elle n'a eu ni rhumatismes, ni dartres, etc. [*Père* violent, buveur, s'est noyé involontairement, à 66 ans. — *Mère*, morte à 73 ans, non nerveuse, sobre. — Pas de renseignements sur les *grands-parents*, les *oncles* ou *tantes*. Une *sœur*, non nerveuse, est en bonne santé ainsi que ses enfants qui sont intelligents. Pas d'aliénés, de suicidés, etc.]

Pas de consanguinité. (Le père et la mère sont de Paris.) Différence d'âge: 3 ans.

Douze *enfants* : 1° garçon, mort à 7 ans de fièvre typhoïde ataxique; — 2° garçon, mort à 4 ans, de fièvre typhoïde avec phénomènes pulmonaires; — 3° garçon, mort à deux ans de fièvre typhoïde; — 4° fille, morte à deux ans de *convulsions* prolongées; la durée et les phénomènes de la maladie font penser à la *méningite;* — 5° fille, morte à deux ans d'angine *diphtérique*; — 6° garçon, mort à deux ans avec *convulsions*; — 7° fille, morte du croup à 18 mois; — 8° garçon, mort à 13 mois de *convulsions*; — 9° fille, 4 ans, bien portante, intelligente, pas de convulsions ; — 10° fille, 10 ans et demi, bien portante, pas de convulsions.

11° *Notre malade*. — Au moment de la *conception*, rien de spécial. — *Grossesse* bonne, ni maladies, ni intoxications, ni trausmatismes d'aucune sorte, mais la mère a « eu un regard sur un jeune homme de 21 ans qui était comme ça. » Pas d'émotions. — *Accouchement* à terme, facile, sans aucune intervention. L'enfant était grosse, pesait, dit-elle, 9 kilog., (?) et n'avait pas de cyanose. — Élevée au sein par sa mère, elle a été bien portante jusqu'à 4 mois. A cette époque, elle a eu une *méningite*, avec *convulsions* toniques et cloniques à la 4e semaine de la maladie. Ces convulsions duraient de 15 à 20 minutes. Elles se répétaient 3 ou 4 fois par jour. Depuis lors, l'enfant a toujours présenté les mêmes convulsions, et n'a pour ainsi dire fait aucun progrès. Elle n'a jamais marché, parlé, ni été propre. Elle est complètement aveugle. Elle reconnaît un peu ses parents à leur voix, elle montre qu'elle les entend venir. Lorsqu'on la met dans un endroit, elle y reste « comme un morceau de bois. »

État actuel. — *29 septembre* 1891. Enfant immobile dans son

lit, déformée par les *contractures*, ne vivant plus que de la vie végétative, si l'on peut appeler ainsi l'état d'une enfant qui ne parait même pas éprouver le besoin de manger et de boire. Qu'on soulève la tête ou l'un des membres inférieurs, on enlève l'enfant « comme un morceau de bois. »

Tête. — Asymétrie céphalique assez marquée, due au moindre volume de la moitié droite du crâne. Crâne petit, ovalaire, légèrement aplati sur les côtés et au sommet. Pas de traces de fontanelles. Cheveux courts, rugueux, assez épais, châtain foncé. Tourbillon postérieur légèrement dévié à gauche. — *Front* bas, fuyant, surtout sur le côté; bosses frontales modérément saillantes; arcades orbitaires très-marquées, formant une sorte de ressaut au-dessus du front. — Sourcils peu fournis, arqués, largement séparés en dedans. Paupières supérieures égales et bien mobiles. Fente palpébrale assez large. Cils longs, châtain foncé. Conjonctive oculaire et palpébrale, et cornée saine, sensibilité normale; sclérotique bleuâtre. Iris larges, marron foncé; pupilles égales, de dimensions normales, réagissant naturellement à la lumière. L'enfant ne parait pourtant que peu impressionnée par les objets présentés à ses yeux. Sa mère, avons-nous vu, la tient pour complètement aveugle, et dans le service, on n'a jamais remarqué qu'elle eût des perceptions visuelles quelconques. Les muscles de l'œil fonctionnent régulièrement. Pas de strabisme, pas de paralysie, pas de nystagmus.

Nez légèrement aquilin, de dimensions moyennes; narines écartées: cloison non déviée; pituitaire saine. — *Bouche* petite, constamment entr'ouverte. Lèvres minces, sèches et fendillées. Langue volumineuse, paraissant trop grande pour la cavité buccale, hors de laquelle elle est presque toujours à demi-sortie. — Arcades alvéolaires allongées. Dents assez grandes, irrégulièrement implantées. Quelques-unes sont cariées. Il y a du tartre. — Voûte palatine allongée, étroite, peu profonde. Rien de particulier au voile du palais. Amygdales un peu grosses. Réflexe pharyngien peu marqué.

Joues peu colorées, pommettes saillantes. — *Oreilles* très larges, peu écartées, minces; repli de l'hélix large, formant à la partie supérieure une courbe plus grande que normalement; tragus très-développé, recouvrant comme une valvule la plus grande partie de l'orifice du conduit auditif externe; lobule peu marqué, adhérent. L'enfant paraît percevoir des sons.

Cou court, circonférence 26 centimètres 5. Contracture des muscles cervicaux maintenant la tête dans la rectitude, et

légèrement fléchie sur le thorax. Cette contracture peut-être vaincue par un effort assex considérable, et on arrive à fléchir davantage ou à étendre la tête. — *Corps thyroïde* à peine perceptible. — *Rachis* cervical régulier.

Thorax déformé : courbure antéro-postérieure du rachis un peu exagérée dans sa portion dorsale ; *scoliose* à concavité droite assez prononcée, commençant au milieu de la région dorsale, et s'étendant sur la région lombaire, qui est un peu courbée ; courbure des côtes modifiée en ce sens que, à gauche, la courbure d'enroulement diminue dans les deux tiers antérieurs, le coude de l'angle est prononcé ; à droite, la déformation est inverse, de sorte que le coude qui correspond régulièrement au col se trouverait pour ainsi dire en avant, à 4 ou 5 centimètres du sternum. Rebord costal saillant, donnant lieu à un élargissement du thorax à la base. Pas de malformation du sternum. — Glandes mammaires non développées, aréoles brunes. — Rien à la percussion du thorax. Les râles humides disséminés que l'on perçoit à l'auscultation ne s'accompagnent pas de dyspnée apparente. Respiration surtout diaphragmatique. La pointe du cœur bat sur la ligne mamelonnaire, à la partie supérieure du 8e espace. Rien à l'auscultation.

Abdomen aplati, rétracté, dur. Sonorité tympanique au niveau des deux bases des poumons en avant. Matité hépatique peu nette. Matité splénique non perceptible.

Pénil peu saillant, recouvert d'une touffe de poils assez longs mais peu abondants, s'arrêtant au rebord de la symphyse pubienne en haut, se prolongeant en bas sur la moitié antérieure des grandes lèvres qui sont assez épaisses et flasques. Muqueuse vestibulaire rouge. Hymen annulaire, orifice assez large et facilement extensible, non déchiqueté. Fourchette assez saillante.

Les *membres supérieurs* sont contracturés. La contracture, qui d'ailleurs peut être vaincue assez facilement, leur imprime des attitudes particulières et permanentes : les bras en légère abduction, les avant-bras fléchis au maximum sur le bras, les mains légèrement fléchies, plus à droite, où la contracture est plus accentuée. Pouce dans l'extension, doigts fléchis dans la paume de la main, l'index très-peu, le petit doigt complètement, les autres dans des positious intermédiaires.

Circonf. horizontale maxima..........................	43
1/2 circonférence bi-auriculaire	29
Distance de l'articu. occipito-atloïdienne à la racine du nez	28

Diamètre antéro-postér. maximum	13,5
— bi-auriculaire	10,5
.— bi-pariétal	11
Hauteur médiane du front	4,5

Membres supérieurs :

	D.	G,
Circonférence au niveau de l'aisselle	16	18
— à 10 c. au-dessus de l'olécrâne...	14	15
— à 10 c. au-dessous de l'olécrâne .	14	15
— au niveau du poignet	10	11
— au niveau du métacarpe	12.5	13,5
Distance de l'acromion à l'olécrâne	24,5	25
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	18	19
— de l'apophyse styloïde à l'extrémité du médius	14	14

Membres inférieurs :

	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aine	30	26
— à 10 c. au-dessus de la rotule....	18	19,5
— à 10 c. au-dessous		,5
— au niveau du cou-de-pied au-dessus des malléoles	14,5	15
— à la partie moyenne du pied.....	15,5	16,5
Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'interligne articul. du genou.	34	32
— de cet interligne à la malléole externe.	28	28
— de la malléole externe à l'extrémité de l'orteil médian	15	16

Les *membres inférieurs* sont immobilisés par une contracture permanente, et à un degré tel qu'elle ne peut être vaincue. Cuisse en flexion assez prononcée sur le bassin, en abduction et rotation, en dehors; jambe fléchie à angle droit sur la cuisse. Pied plat, valgus équin, reposant sur le lit par son bord interne. Orteils fléchis en griffe, surtout le gros orteil, qui de plus est dévié en dehors. Telle est l'attitude à droite. — A gauche, elle est inverse en certains points: la cuisse, en flexion sur le bassin, est en adduction et rotation en dedans pour s'appliquer sur la droite; la jambe est semblablement fléchie; le pied en varus équin peu prononcé. Rien aux orteils. Bassin dévié en rapport avec l'attitude des membres inférieurs : épine iliaque antérieure et supérieure gauche située plus bas et plus en avant que la droite. Le bassin a subi un mouvement de torsion, qui l'a abaissé et porté en avant du côté gauche. Légère *scoliose* à concavité droite de la colonne lombaire.

Peau rugueuse, sèche, squameuse, glabre. Ongles non

déformés ; pas de cicatrices ; pas d'adénites. Réflexes patellaires notablement exagérés, surtout à droite.

Il est très-difficile de se rendre compte de l'état de la *sensibilité*. La sensibilité à la douleur paraît abolie au niveau des jambes ; elle semble exister à un faible degré à partir de la partie moyenne des cuisses. Au tronc, à la face et aux membres supérieurs, elle existe, quoique très obtuse.

L'enfant est absolument immobile, ne fait aucun cri, gâte constamment, mourrait de faim si on ne la faisait manger régulièrement. Elle ne sait pas mâcher, avale gloutonnement.

On note quelques *tics* de la face. — Pas de bave, de succion, de rumination, pas d'onanisme. — Sommeil agité.

1890. — Une dizaine de mois après son entrée, cette enfant se mit à tousser et à dépérir progressivement, sans qu'il fût possible de trouver une lésion localisée dans quelque appareil.

Octobre. — V... décline lentement toujours de la même façon. Une eschare sacrée qui s'était guérie se reproduit avec de plus grandes dimensions. Cette eschare est pansée à la poudre de quinquina. L'enfant mange bien,

1892. *Mars.* — Depuis la fin de décembre, V... a dépéri très lentement.

22 *mars.* — On constate une élévation de température : 39° ; nuit tranquille, sommeil calme.

23 *mars.* — Ce matin, l'enfant mange encore un peu de soupe, et, à 10 heures, elle meurt, avec pâleur de la face, respiration de plus en plus rare, une par minute environ, de sorte qu'on l'a crue morte une dizaine de minutes avant l'heure réelle de la mort. La température au moment de la mort était de 37°,8 ; — 1/4 d'heure après 36°,2 : — 1 heure après 35°,8 ; — 2 heures aprés 35°,2 ; — 3 heures après 34°,7 ; — 4 heures après 34° ; — 5 heures après 33°,2 ; — 6 heures après 32°,8 ; — 7 heures après 32° ; — 8 heures après 31° ; — 9 heures après 30°,4.

AUTOPSIE, 24 heures après le décès. — A l'ouverture du *crâne*, il s'écoule du liquide céphalo-rachidien en quantité un peu plus que normale.

Tête. — *Cuir chevelu* épais et ferme. — *Calotte crânienne*, Tous les os sont très-épais : le frontal au niveau de ses deux bosses, l'occipital dans sa partie moyenne, au-dessus de la protubérance occipitale, mesurent un centimètre d'épaisseur.

Les pariétaux dans la partie la plus mince de la section de la calotte, ont 4 mm d'épaisseur. On ne remarque de transparences et encore très-faibles, que dans la partie située au-dessus et en arrière des rayons d'ossification des deux frontaux, et au niveau des sutures. Il n'y a trace d'ossification de ces sutures, ni à la surface interne, ni à la surface externe de la calotte. Les fontanelles n'existent plus. Il n'y a pas d'os wormiens.

Dure-mère assez épaisse. — Les différentes parties de la base du crâne et de l'encéphale sont symétriques, les tubercules mamillaires sont un peu gros. — Les hémisphères cérébraux paraisssent avoir la même longueur. Les lobes occipitaux ne recouvrent que les deux tiers antérieurs du cervelet, qui déborde en arrière. Le cerveau est petit, le cervelet volumineux.

Hémisphère cérébral droit	230 gr.
Hémisphère cérébral gauche	215 gr.
Cerveau	445 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	50 gr.
Hémisphère cérébelleux gauche	50 gr.
Bulbe et protubérance	15 gr.
Cervelet et isthme	115 gr.
Poids total de l'encéphale	560 gr.
Mœlle épinière	30 gr.

Hémisphère cérébral gauche. — La *pie-mère* se détache sans difficulté.— *Sclérose atrophique vermicellée*, occupant tout le *lobe occipital* (faces interne et externe.)La sclérose remonte du lobe occipital le long des deux faces de l'hémisphère, occupant le *coin*, les 2/3 supérieurs du *lobe quadrilatère*, la partie postérieure du *lobule paracentral* sur la face interne et, sur la face externe, le *pli pariétal supérieur*, la moitié supérieure de la *pariétale ascendante*, un fragment de la partie moyenne de la face interne de la *frontale ascendante*. — F2 est atrophiée. — Il y a un foyer de sclérose à l'angle de la scissure de Sylvius et du prolongement de la 1re temporale.

Hémisphère cérébral droit. — *Face externe.* La scissure de Rolando, dont l'extrémité inférieure est un peu en arrière de la partie moyenne de l'hémisphère, est remarquablement peu oblique. Cette extrémité est séparée de la scissure de Sylvius par un pli de passage superficiel. — La scissure de Sylvius se poursuit en arrière et en remontant en dedans jusqu'à 15 millimètres de la scissure intermédiaire. Presque entr'ouverte, elle laisse parfaitement à découvert le lobule de l'in-

sula, qui est volumineux. — Les sillons frontaux antéro-postérieurs prennent très-nettement de la scissure rolandique. Les circonvalutions F^1, F^2 et F_3, sont peu abondantes. A la partie tout antérieure de F^2, se trouve un petit foyer de sclérose atrophique. La frontale ascendante est interrompue, au niveau de son tiers supérieur, par un autre foyer de sclérose atrophique, qui empiète un peu sur l'extrémité supérieure de F^1 et s'étend très-loin en arrière, occupant la partie supérieure de la pariétale ascendante, le lobule pariétal supérieur en entier, ainsi que le lobe occipital.

Face interne. — En avant, les circonvolutions sont normales. En arrière, sclérose atrophique portant la partie postérieure du lobule paracentral, le lobule quadrilatère, la face interne du lobule pariétal supérieur et la face interne du lobe occipital ; sur la partie tout-à-fait postérieure de la circonvolution du corps calleux. — La scissure occipitale est très-nette et se prolonge sur la face externe jusqu'à un centimètre de la scissure interhémisphérique.

Face inférieure. — Elle présente en avant une dépression quadrangulaire, infundibuliforme dont le sommet correspond à la barre transversale en H du lobule orbitaire ; en arrière, *sclérose atrophique* du *lobe occipital* semblable à celle des deux autres faces.

Le *cervelet* n'offre rien d'anormal. Il est exceptionnellement mou et très difficile à décortiquer, en raison de ce défaut de consistance. Pas d'adhérences méningées.

Protubérance, rien de particulier. —*Bulbe :* saillie remarquable des *olives*, dont la longueur est de 11 millimètres et la largeur de 5 millimètres.

Cou.—On a omis l'examen de la *glande thyroïde* et du *thymus*.

Thorax. Poumon gauche (140 gr.) un peu congestionné. Sur la partie postérieure du lobe inférieur, on trouve une cicatrice bleuâtre à la surface, au centre de laquelle sont de petits *noyaux crétacés.* — *Poumon droit* (330 gr.). Adhérences de tout le lobe supérieur. Le lobe moyen est le siège d'un vaste *foyer de gangrène* occupant la face antéro-externe. — *Cœur* (90 gr.), sain.

Abdomen. — *Foie* (990 gr.), trés-friable. Dégénérescence graisseuse marquée. — *Rate* saine (55 gr.). — *Rein gauche* (75 gr.), *rein* droit (80 gr.), pâles, d'aspect normal, ainsi que le *ancréas* (30 gr.), l'*utérus* (10 gr.) et les *ovaires,* qui ont le volume d'un haricot.

RÉFLEXIONS. — I. Le père de cette enfant est tuberculeux; elle l'était également ainsi que les dépôts crétacés de l'un des poumons, trouvés à l'autopsie, le démontrent. — L'*alcoolisme*, toujours fréquent dans les antécédents de nos enfants, se retrouve chez un arrière-grand-père paternel et un grand-père maternel. Il ne peut être invoqué que comme cause secondaire. Toutefois, dans ce cas, on ne peut se prononcer sérieusement sur l'influence possible de l'hérédité parce que les renseignements font en grande partie défaut tant sur les ascendants que sur les collatéraux.

II. Notons, en passant, le « regard » de la mère « sur un jeune homme qui était comme ça, » c'est-à-dire comme son enfant.

III. Relativement à la *méningite* survenue, d'après les parents, chez notre malade, il convient de faire de sérieuses réserves. Lorsqu'on interroge les parents, il est loin d'être facile d'avoir des renseignements précis pour porter un diagnostic rétrospectif. Quelquefois même, le médecin qui a soigné alors l'enfant s'est trompé et a parlé plus ou moins vaguement de méningite. Ici, l'existence de *contracture des membres* conduisait à douter de la réalité d'une méningite originelle. L'absence de grincements de dents, d'accès de colère, de cognements de tête, venait d'autant augmenter le doute. L'autopsie a démontré que les enveloppes ne présentaient pas d'adhérences et partant, fait écarter l'idée d'une méningite.

IV. A l'examen clinique de l'enfant, le trait le plus frappant était la présence de *contractures* très prononcées, mais pourtant *susceptibles d'être vaincues*. Comme complément, ajoutons-y l'exagération des réflexes patellaires. Ces phénomènes sont en

rapport avec la *sclérose cérébrale* constatée à l'autopsie.

IV. Remarquons, comme dans de nombreux autres cas de lésions cérébrales, la facile production des *eschares*. Enfin attirons encore une fois l'attention sur l'étonnante tolérance des enfants comme notre malade pour des affections aussi graves que la *gangrène pulmonaire*. Nous avons eu l'occasion d'observer souvent des exemples semblables.

VI.

Idiotie méningitique;

PAR BOURNEVILLE ET J. NOIR.

Sommaire. — *Père, convulsions, fièvre typhoïde avec délire violent. — Alcoolisme ? — Enfant naturel, ne connaît pas sa famille. — Mère, migraines, crises nerveuses, accès de colère, asymétrie crânienne. — Grand-père maternel alcoolique. — Grand'mère paternelle, aliénée. — Cousin germain maternel, convulsions, méningite. — Cousine maternelle, suicidée. — Frère, convulsions, mort de méningite. — Demi-sœur paternelle, convulsions et tuberculose.*

Grossesse : vomissements jusqu'à 4 mois, chute à 6 mois, lipothymies. — Convulsions répétées à un an, accès de colère. — Première dent à un an; dentition complète à 3 ans. — Marche et parole à 2 ans et demi. — Mobilité excessive. — Coqueluche à 3 ans et demi, avec convulsions et probablement méningite (?). — Tics. — Rougeole avec broncho-pneumonie et albumine dans les urines : Mort.

Autopsie. — *Méningite chronique; — atélectasie pulmonaire.*

Thom... Georges, né à Paris, le 7 janvier 1888, est entré le 2 mars 1892, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Antécédents. — (*Renseignements fournis par sa mère le 8 mars 1892*). — *Père,* 38 ans, charron, enfant naturel, placé par sa mère à l'âge de deux jours aux Enfants-Assistés et envoyé par l'Assistance publique dans le département de la Nièvre. Il aurait eu jusqu'à l'âge de 7 ans des *convulsions* sur le caractère desquelles on ne peut avoir aucun renseignement; toujours est-il que la dernière convulsion fut si violente qu'on le crut mort. A cet âge, nous dit sa femme, il passait «pour ne pas être une bonne tête»; il faisait fréquemment

l'école buissonnière. Venu à Paris à 20 ans environ, il contra à 25 ans la fièvre typhoïde. Cette maladie aurait été grave. accompagnée d'un *délire violent* ; néanmoins la guérison se serait opérée sans accidents et sans troubles psychiques. Il a été réformé à la révision à cause d'une plaie de la main droite faite dans son enfance et qui l'avait estropié. Il aurait été atteint aussi d'une fracture d'un poignet. Là se borneraient tous ses antécédents pathologiques. Il n'aurait jamais eu de migraines, de chorée, de douleurs rhumatismales, ni d'éruptions cutanées. Aucun signe ne permet de le croire atteint de syphilis. Sa femme prétend qu'il boit et fume beaucoup, mais interrogé à part, il proteste énergiquement et ne présente aucun des signes de l'alcoolisme chronique. Marié une première fois assez jeune, il eut une fille de son premier mariage, morte aux Enfants Malades à l'âge de 3 ans 1/2 de *méningite tuberculeuse*. Cette enfant aurait eu des *convulsions* durant toute sa vie. Sa première femme serait morte subitement durant ses couches. D'après sa seconde femme, il aurait un *caractère violent* et emporté, il entrerait en colère pour des motifs futiles et alors briserait tout. Notons que ces renseignements sont sujets à caution, vu l'état mental de la femme qui nous les donne et l'apparence de calme et de sincérité du langage du père lorsqu'il est venu compléter notre enquête à son égard. *Il ne connaît absolument personne de sa famille.*]

Mère, 36 ans, vit séparée de son mari sous prétexte qu'il l'a battue. Elevée jusqu'à l'âge de 2 ans 1/2 en Normandie, son pays natal, elle y aurait joui d'une santé parfaite, n'aurait pas eu de convulsions durant son enfance. Ses premières dents ne seraient survenues qu'à 7 ans, et elle les aurait conservées depuis (?). Ses dents actuelles, toutefois, offrent les caractères des dents normales. Elle n'aurait bien parlé qu'à l'âge de 7 ans. Réglée régulièrement et sans souffrance à 15 ans, elle aurait eu fréquemment, mais sans périodicité, 2 ans avant cette époque, des *migraines*, l'obligeant à se coucher et s'accompagnant parfois de vomissements ; elle n'aurait pas eu de phosphènes, ni d'étourdissements ; ces céphalalgies auraient complètement disparu depuis l'établissement des menstrues. A 18 ans, pneumonie guérie en 10 jours ; à 34 ans, bronchite accompagnée d'un affaiblissement et d'un amaigrissement notables; à 35 ans, hémoptysie peu abondante, qui se renouvela depuis la suite de fatigues. Depuis sa fluxion de poitrine, elle tousse fréquemment. Elle prétend n'avoir jamais eu de chorée, de

rhumatisme, ni d'affections cutanées. Elle ne présente aucun stigmate de syphilis, ni d'alcoolisme. Très nerveuse et très émotive surtout dans son enfance, elle aurait assez souvent, selon son mari, des *crises nerveuses* qu'elle n'avoue pas. Elle serait prise alors d'*accès de colère* sans cause appréciable durant lesquels, elle se roule à terre, appelle au secours. Ces crises qui persistent encore, se seraient manifestées dès le début de leur mariage ; il ajoute qu'il la croit atteinte de troubles intellectuels. Ses actes bizarres lui auraient aliéné les voisins qui ne lui parlent plus. Depuis très peu de temps, du reste, elle a déménagé secrètement son linge et a quitté son mari. Elle a été mariée une première fois à un homme mort de tuberculose aiguë et dont elle n'a pas eu d'enfants. Ce fut à 27 ans qu'elle contracta son second mariage. L'expression de sa physionomie est assez intelligente, mais elle présente une *asymétrie crânienne* évidente, la bosse frontale étant nettement plus développée à gauche qu'à droite. [*Père*, mort à 45 ans ; on en ignore la cause. *Alcoolique*, coléreux, il aurait « abusé de la vie » et avait abandonné sa femme . — *Mère aliénée*, morte à 45 ans de la rupture d'un anévrysme à la Salpêtrière où elle aurait été internée à différentes reprises. L'origine de sa folie daterait d'une frayeur que lui aurait faite son mari au troisième jour de ses couches. «Il s'est levé la nuit ayant à la main deux petits pistolets de poche et a dit : « A nous deux, maintenant ! » Sa maladie mentale disparaissait après quelque temps d'internement pour reparaitre et nécessiter son retour à l'asile. — *Grand-père paternel*, pas de renseignements. — *Grand-mère paternelle*, morte il y a 6 ans, on ne sait de quoi ; auparavant elle avait une bonne santé. — *Grand-père* et *grand'mère maternels* ne sont pas connus, mais ils n'auraient jamais présenté de troubles intellectuels. — Pas d'*oncles*, ni de *tantes paternels*. — Quatre *tantes maternelles*, dont deux mortes à la suite « *d'un chaud et froid* » et deux autres vivantes et bien portantes. — Un *oncle maternel*, mort à 29 ans subitement. — Deux *sœurs*, une morte à 26 ans de pneumonie ; une autre, 38 ans, se porte bien ; elle est mariée et a 3 enfants ; l'aînée aurait eu des *convulsions* et aurait été atteinte d'une *méningite* qualifiée de « *tuberculeuse* » ; elle serait inintelligente ; bien qu'ayant appris à lire et à écrire, elle serait restée « bonasse ». — Un *frère maternel* adultérin est intelligent et se conduit bien. — Une *cousine*, malheureuse en ménage, se serait suicidée dernièrement. A part cela, pas d'aliénés, d'idiots, d'épileptiques, d'hystériques, de paralytiques, de difformes, de bègues,

de sourds-muets, d'aveugles-nés, de suicidés, de prostituées, etc., dans le reste de la famille].

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge : 1 an 1/2.

3 *enfants* : 1° garçon, mort à 15 mois, de *méningite tuberculeuse* ; il n'aurait jamais dénoté aucune trace d'intelligence et « ne faisait qu'un cri » durant toute sa vie. Il a eu continuellement des *convulsions* ; — 2° fille, 6 ans 1/2, intelligente, douce, assez nerveuse, n'a pas eu de convulsions ; — 3° Notre malade. Rappelons que le père de l'enfant a eu d'un premier mariage une fille, morte à 3 ans à l'hôpital des Enfants Malades, de *tuberculose*. Cette enfant aurait eu des *convulsions* durant toute sa vie.

Notre malade. — A la *conception*, les époux faisaient bon ménage, n'étaient pas malheureux. Le mari ne faisait pas d'excès alcooliques à cette époque. — Pendant la *grossesse*, vomissements incoercibles quotidiens jusqu'au 4e mois, ayant causé un affaiblissement considérable. A 6 mois, *chute* d'un escabeau sur le côté gauche, lui ayant causé une vive émotion. Plus tard, à des époques qu'elle ne peut préciser, la mère eut *peur* deux fois au sujet d'accidents survenus à sa petite fille. Lipothymies fréquentes pendant toute la durée de la grossesse, mais pas de véritables syncopes, ni de crises d'aucune sorte. La mère n'entrevoyait pas avec plaisir la naissance d'un autre enfant, à cause de la faiblesse de sa santé et de l'exiguité des ressources du ménage. — *Accouchement* à terme, normal et sans l'emploi d'ergot, ni d'anesthésique. La durée du travail fut de 2 heures et demie. — A la *naissance*, ni cyanose, ni asphyxie ; l'enfant était petit et grêle. — Elevé au sein par sa mère, il fut sevré à 15 mois. — Première dent à un an ; dentition complète à 3 ans. — Début de la *marche* et de la *parole* à 2 ans et demi. — Les *premiers symptômes* de son affection datent de l'époque de la dentition. L'enfant fut alors pris de *convulsions* fréquentes, survenant par attaques portant sur 8 jours environ, puis restant un mois sans revenir. Une période d'anxiété ouvrait la crise. D'abord immobile, l'enfant devenait rouge, se plaignait en grognant, puis se raidissait, la bouche écumante, les yeux fixes et hagards. Aucun mouvement tonique, ni clonique ; pas de déviation du tronc, ni des membres. Parfois survenait durant la crise, une expulsion d'urine et de matières fécales. Après vingt minutes environ, il reprenait connaissance, dormait un peu et se réveillait dans son état normal, jouant comme par le passé, ne présentant absolument aucun trouble psychique, sensitif, sensoriel ou

moteur. Les crises n'étaient pas toujours aussi longues, parfois l'enfant devenait pâle, regardait un instant fixement, faisait quelques efforts bruyants d'expiration. La mère lui frappait alors dans les mains et tout était terminé. Souvent aussi il était pris d'*accès de colère,* il poussait alors des cris perçants et continus qui ameutaient les voisins contre ses parents. La mère avoue que, sur leur conseil, elle donna des claques à son malheureux enfant. — Vacciné à 2 mois avec succès ; ni rougeole, ni variole, ni scarlatine, ni autre maladie infectieuse si ce n'est la coqueluche à 3 ans et demi. Cette dernière l'aurait fort éprouvé. Le médecin, effrayé par le nombre de ses convulsions, aurait parlé de *méningite* et lui aurait fait appliquer un vésicatoire à la nuque. Les crises cependant, durant la coqueluche, n'auraient pas été sensiblement modifiées.

Cet enfant aurait toujours été d'une mobilité incomparable. « Jamais, nous dit sa mère, il ne pouvait tenir en place ». — Nul accident scrofuleux, nul traumatisme sérieux. Gourmand, vorace, il gâtait parfois la nuit et urinait fréquemment au lit. Sa mère s'aperçut que ses selles contenaient parfois des *oxyures*. On ne constata jamais de pyromanie, de clastomanie, ni d'onanisme. Parfois affectueux, il menaçait à de certains moments sa mère et battait sa petite sœur. Il n'aimait que les jeux bruyants. Son éducation était presque nulle, cependant il savait se servir de la cuiller. Le 20 février, lassée des plaintes des voisins et croyant son enfant atteint d'une maladie nerveuse qu'elle attribuait à la dentition, la mère se décida à le faire admettre à l'hôpital des Enfants-Malades, d'où il fut envoyé à Bicêtre. Tout porte à croire qu'il contracta dans cet hôpital la rougeole qui s'est déclarée 8 jours après son arrivée à Bicêtre.

État actuel. (14 *Mars* 1892). — L'enfant n'a pas l'air maladif, son embonpoint est satisfaisant. Malgré l'éruption rubéolique, sa peau paraît être normalement très blanche. Les *cheveux* blonds sont bien implantés. En arrière et à droite, croûtes impétigineuses du cuir chevelu. Pas d'adénites chroniques.

Tête allongée, sensiblement asymétrique, ne présentant aucune trace appréciable des fontanelles. — *Front* bombé et assez large. *Arcades sourcillières* peu saillantes. *Sourcils* clairs et blonds. *Paupières* et *fentes palpébrales* moyennes et régulières. *Cils* longs et bien implantés. *Yeux* grands, à motilité normale, pas d'exophthalmie, de paralysies, ni de nystagmus. *Iris* gris clair. *Pupilles* régulières égales, à réaction normale. *Cor-*

née, conjonctive, rien de particulier. L'*acuité* visuelle semble normale.

Nez droit, déprimé jusqu'au niveau du lobule qui est un peu large. Narines regardant directement en bas, un peu larges, pas de déviation de la cloison. *Odorat* normal. — *Pommettes* symétriques, peu saillantes et régulières. — *Bouche* petite et régulière, lèvre inférieure un peu mince. *Palais, voile du palais,* normaux. Amygdales non hypertrophiées. Le *goût* paraît normal (?). — *Menton,* rond. — *Oreilles* assez larges, bien ourlées, bien implantées, à lobule assez volumineux. *Acuité auditive* assez développée.

Mensurations de la tête :

Circonférence horizontale maxima	525 mil.
1/2 circonférence bi-auriculaire	330
Distance de l'art. occipito-atloïd. à la racine du nez	345
Diamètre antéro-post. maximum	175
— bi-auriculaire	120
— bi-pariétal	135
— bi-temporal	115
Hauteur du front	45

Cou : Circonférence 30 centimètres. *Corps thyroïde* normal.

Thorax sans déviation. Pas d'anomalie cardiaque pouvant être décelée à l'auscultation. Râles muqueux nombreux dus à l'affection actuelle. *Abdomen* régulier, sans hypertrophie du foie, ni de la rate. *Région anale* normale.

Organes génitaux. — *Phimosis,* gland découvrable ; méat régulier. Bourses pendantes, contenant les testicules de la grosseur d'un œuf de moineau, le gauche descendant plus bas que le droit.

Sensibilité cutanée normale sur toute la surface du corps. — *Voix* plaintive. *Parole* limitée à quelques mots : papa, maman, à boire, pipi, qu'il prononce assez nettement. — Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont réguliers dans tous leurs segments. L'enfant sait se servir de la cuiller, il marche seul, est très turbulent et indifférent, son sommeil est agité. On n'a pas constaté l'onanisme depuis son entrée. Il gâte jour et nuit. Il présente comme *tic* des battements fréquents des paupières et a l'habitude de garder la bouche entrouverte. Il n'a aucune notion de l'instruction même la plus élémentaire. — *Poids :* 17 kilogr. 100 ; — *Taille :* 1 mètre.

Entré à Bicêtre le 2 mars, l'enfant resta selon les habitudes, du service pendant 5 jours en observation à l'infirmerie où sa température prise avec soin matin et soir, ne dépassa pas 37°.

11 *mars*. — L'enfant un peu agité a été conduit la veille au pavillon d'isolement. Léger catarrhe oculo-naso-bronchitique. Toux rauque assez fréquente, pas de signes physiques à l'auscultation. Pas de dysphagie, diarrhée légère. Eruption discrète sur le tronc de taches lenticulaires rosées, disparaissant à la pression. *Soir*: T. R. 40°. Potion à l'acétate d'ammoniaque.

12 *mars*. — Délire assez violent pendant toute la soirée de la veille et la nuit. Soif intense. Bouche fuligineuse. Narines pulvérulentes. Plus de diarrhée. A l'auscultation: râles muqueux abondants aux deux poumons mais surtout à gauche. L'éruption, à peine apparente à la face, est très développée sur le tronc et les membres. Les taches larges, dentelées, en forme de corymbes sont cohérentes. Température de la veille au soir: 40°, 4. — Vésicatoire à gauche et en arrière du thorax. — Potion avec sirop diacode et teinture de musc. T. R. 39°, 6, *Soir :* T. R. 39°, 8.

13 *mars*. — T. R. 38°, 2. — *Soir :* 38°, 6, mais l'état général est stationnaire.

14 *mars*. — T. R. *matin :* 39°, 6. — *Soir :* 39°, 5. La défervescence n'était que l'abaissement normal que l'on observe après l'éruption morbilleuse. Pouls fréquent et assez fort. Respiration fréquente, haletante. Râles muqueux nombreux, disséminés. Coryza intense. Bouche sèche, lèvres fuligineuses. Soif ardente. Subdélirium continuel. Eruption confluente au tronc et aux membres. Sirop d'ipéca ; potion au musc.

15 *mars*. — Etat général un peu meilleur. Le malade est plus calme, signes physiques pulmonaires non modifiés. *Albumine* en asssz grande quantité dans les urines. T. R. 39°, 8, *Soir* : T. R. 39°, 1. Régime lacté exclusif. Potion diacodée.

17 *mars*. — Toux fréquente. Amélioration notable des signes stéthoscopiques. Il n'y a plus d'agitation. Diarrhée noire et abondante. Eruption pâlie, en voie de disparition. *Matin* : T. R. 38°, 2. — *Soir :* 39°, 5.

18 *mars*. — L'éruption a disparu. Agitation très grande. Dyspnée intense, battements des ailes du nez. Visage légèrement cyanosé. Râles muqueux abondants dans toute l'étendue de la poitrine. Parfois dans la journée, crises asphyxiques avec apnée et cyanose intense. La diarrhée a cessé. *Albumine* en grande quantité dans les urines. T. R. 39°, 7. — *Soir* : 39°, 5. Ventouses sèches sur toute la poitrine. Une cuillerée de sirop d'ipéca ; potion aux sirops diacode et de tolu. Régime lacté.

19 *mars*. — L'enfant est décédé à minuit 1/2. Son poids était alors de 16 kilog. 800. Il avait donc maigri d'environ 300 gr.

durant sa maladie. — T. R. 38°, 2: — *Soir*: 37°, 6. Un quart d'heure après la mort.

AUTOPSIE (faite 32 heures après le décès). — Le *cuir chevelu* est assez épais. La *calotte crânienne* présente une asymétrie manifeste, tant au niveau de la bosse frontale, qu'à celui de la bosse pariétale. La paroi osseuse est très mince et offre des zones de transparence au niveau du siège de la fontanelle antérieure, surtout à droite de la suture sagittale. Des zones analogues se rencontrent encore tant à droite qu'à gauche de la suture lambdoïde. Aucune trace de synostose sur le trajet des sutures. La suture métopique a complètement disparu. Les sutures fronto-pariétale et lambdoïde sont finement dentelées. La suture sagittale offre des dentelures plus accentuées surtout à partir de ses deux tiers postérieurs. — En arrière de la suture fronto-pariétale existe une dépression nette sous forme d'une large gouttière creusée dans les pariétaux et parallèle à la suture. — La *base* du crâne semble à peu près symétrique. — La *dure-mère* est un peu épaissie au niveau de la face et adhérente à la voûte crânienne.

Hémisphère cérébral droit	560 gr.
Hémisphère cérébral gauche	560 gr.
Poids du cerveau	1120 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	65 gr.
— — gauche	65 gr.
Bulbe et protubérance	15 gr.
Cervelet et isthme	145 gr.
Poids total de l'Encéphale	1270 gr.

Peu de *liquide céphalo-rachidien*.

La *pie-mère* est généralement opalescente et parait épaissie. La décortication des hémisphères est relativement facile, surtout pour l'hémisphère droit.

Cerveau. — Hémisphère droit. Face externe : F1 est sans lésion sur tout son trajet, elle offre sur ses deux tiers postérieurs un sillon qui la subdivise et est unie à FA par un pli de passage important qui se recourbe, devient parallèle à FA, à la partie médiane de laquelle elle va s'unir. F2 présente à sa partie moyenne des traces d'adhérences pie-mériennes considérables. Cette circonvolution est nettement séparée de la FA par le sillon préfrontal très accusé. F3, fortement recourbée en S est le siège d'adhérences sur tout son trajet. Adhérences méningiennes au niveau du tiers inférieur de FA. Le sillon de Rolando est normal ainsi que PA

Tout le lobe pariétal présente des adhérences qui s'étendent de PA au pli courbe inclusivement. La scissure de Sylvius, régulière, laisse apparaître le lobule de l'insula sans lésion apparente. — Le *lobe temporal* présente à la partie postérieure de F^1 et de F^2 des adhérences méningées considérables mais assez nettement circonscrites. — Le *lobe occipital* offre à sa partie antérieure un aspect franchement chagriné ; en arrière de cette région, on trouve encore de nombreuses adhérences de la pie-mère.

Face interne. — Presque absolument saine, sauf quelques adhérences à l'origine de F^1. Le *lobule paracentral*, l'*avant-coin*, le *coin*, la *circonvolution du corps calleux* sont normaux. A la partie moyenne des circonvolutions temporo-sphénoïdales et sur la circonvolution de l'hippocampe, existent des adhérences.

Le *corps calleux*, le *trigone*, le *ventricule*, la *couche optique*, le *corps strié* et le *pédoncule* ne présentent, de ce côté, aucune lésion macroscopique.

Hémisphère gauche. — *Face externe* : Adhérences nombreuses à la partie antérieure du lobe frontal sur tout le trajet de F^3, moins contournée que sur l'autre hémisphère. Cette circonvolution est mince et nettement atrophiée, surtout à sa partie postérieure. Les deux tiers postérieurs de F^1 et F^2 sont sains et bien développés. — Le sillon préfrontal est bien moins considérable qu'a droite. FA présente un aspect chagriné dans sa moitié inférieure. Rien de particulier à noter pour le sillon de Rolando. — Aspect chagriné de PA dans sa moitié inférieure et du *lobe pariétal supérieur* qui présente des traces d'adhérences dans ses deux tiers inférieurs. — Atrophie et aspect chagriné au niveau du pli courbe. Scissure de Sylvius, lobule de l'insula et lobe occipital, rien de particulier. — Aspect chagriné et adhérences sur tout le tiers du lobe temporal.

Face interne : F^1 normale. Lobule paracentral chagriné et atrophié surtout à sa partie postérieure. — L'avant-coin et le coin présentent la même lésion en avant. — Il en est de même du corps calleux et de sa circonvolution sur tout leur trajet. — *Lobe temporo-sphénoïdal* d'aspect normal. Le *trigone*, les *noyaux gris* centraux et le *ventricule latéral* semblent sains.

Cervelet et bulbe : rien de particulier. — *Moelle* : (35 gr.), normale.

Cou. — Les cordes vocales du *larynx* sont très tuméfiées. — *Glande thyroïde,* (10 gr.) — *Thymus*, quelques traces.

Thorax. — *Poumon droit* (320 gr.) : Adhérences complètes de la plèvre, blanchâtre et épaissie, atélectasie surtout au sommet du poumon qui crépite encore et ne plonge pas. — *Poumon gauche* (220 gr.) un peu congestionné. L'atélectasie a été cause de la mort. — *Cœur* (110 gr.) normal. Trou de Botal oblitéré.

Abdomen. — *Estomac, tube intestinal, Rate* (80 gr.), *Rein droit* (60 gr.), *Rein gauche* (65 gr.), — *Foie* (760 gr.), — *Vessie,* aucune lésion apparente.

RÉFLEXIONS. — I. L'*hérédité*, du côté paternel comme du côté maternel, peut être ici nettement considérée comme cause prédisposante de l'état mental de l'enfant. Remarquons encore que son frère aîné et sa demi-sœur paternelle ont présenté tous deux des *accidents méningitiques* graves.

II. Les incidents de la grossesse (vomissements, incoercibles jusqu'à 4 mois, chute au sixième mois, émotions, lipothymies) ont pu avoir une certaine influence sur le développement de l'enfant.

III. Il est à remarquer que les *convulsions* attribuées à la dentition furent les premiers symptômes de l'affection nerveuse de Thom...

IV. La *rougeole*, sa maladie ultime, présente comme particularité intéressante l'*albuminurie* survenue quatre jours avant la mort.

V. A l'*autopsie* nous constatons l'*absence complète* de synostose des *sutures* et la présence de plaques transparentes surtout à la région de la fontanelle antérieure ; tout cela joint à la minceur remarquable de la paroi crânienne nous permet d'affirmer que la boite osseuse n'a en rien gêné le développement de

l'encéphale et que partant la *craniectomie* n'aurait en rien été justifiée. L'égalité parfaite du poids des deux hémisphères cérébraux et les *lésions méningitiques*, bien qu'elles ne se soient pas traduits par des symptômes cliniques assez nets pour en tirer une conclusion, méritent encore d'attirer l'attention. Le court séjour de l'enfant dans la section, la rougeole dont il a été atteint de suite, ont empêché d'ailleurs, qu'on put, par une observation suffisamment prolongée, poser un diagnostic précis sur la cause de l'idiotie.

VII.

Idiotie symptomatique de sclérose atrophique; tuberculose pulmonaire;

PAR BOURNEVILLE ET DAURIAC.

SOMMAIRE. — *Père aliéné. — Grand'mère paternelle nerveuse. — Deux tantes et une cousine paternelles aliénées. — Tante paternelle tuberculeuse. — Mère, fièvres intermittentes. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.*
Chute durant la grossesse. — Accouchement laborieux. — Jamais de convulsions. — Rougeole à 4 ans (?). — Marche, parole, préhension nulles. — Gâtisme. — Contractures des quatre menbres.
1892. Rubéole. — Tuberculose pulmonaire; mort.
Autopsie. — Absence de synostose; plagiocéphalie. — Inégalité de poids des hémisphères cérébraux. — Os wormiens. — Sclérose atrophique d'un certain nombre de circonvolutions des deux hémisphéres du cerveau, prédominant à gauche (Hémisphère plus petit). — Tuberculose pulmonaire. — Abcès froid du deltoïde.

Thill., Edouard, né le 27 janvier 1876, à Bukarest, est entré le 24 février 1891, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), et est décédé le 14 avril 1892.

L'enfant est amené le 24 février 1891 par sa mère. Il est propre et sa tenue ne donne lieu à aucune remarque. On lui donne dès le 1er jour le traitement suivant : 2 bains salés par semaine ; huile de foie de morue et sirop d'iodure de fer.

Sa température prise matin et soir à partir du 24 jusqu'au 28 février ne présente rien d'anormal : elle oscille autour de 37°. La température la plus basse a été de 36°,8, la plus élevée de 37°,6.

Antécédents héréditaires. (Renseignements fournis par une

nièce du Dr Bl.. qui l'accompagnait le jour de son entrée). *Père*, âgé de 46 ans. Il a exercé plusieurs professions : d'abord employé dans les ponts et chaussées, il est ensuite devenu commis-rédacteur à la Ville. C'est en Roumanie où il était allé en qualité d'employé des ponts et chaussées, qu'il connut la mère de l'enfant, fille de paysans *dont il eut quatre enfants*. Pendant son séjour dans ce pays, il fut interné à deux reprises différentes pour *folie des grandeurs* avec idées de persécution. « Il racontait qu'il avait remporté de grandes victoires mais que malgré cela le roi voulait lui faire couper la tête. » Il s'échappa de l'asile et pendant 18 mois parut à peu près raisonnable. Il revint en France, devint employé de la Ville et épousa il y a six mois la mère de ses enfants. Il y a deux mois, il fut repris de *folie* et interné à Charenton. C'est un homme emporté et peut-être alcoolique. (Sa femme, convoquée le 13 avril 1892, contredit ce renseignement : elle le dit sobre et ne l'a jamais vu se livrer à aucun excès). Il n'aurait jamais eu de maladies chroniques telles que : affections nerveuses, dartres, rhumatismes. [*Père*, architecte : il partit tout jeune en Roumanie et y devint directeur du ministère des travaux publics. Il était intelligent, bien portant, et on ignore la cause de sa mort qui arriva à 75 ans. Il aurait eu une affection oculaire sans paralysie, et aurait fait un séjour de six mois au lit. *Mère*, originaire de Meaux ; elle est d'une famillle où il y aurait eu des *aliénés* ; nerveuse et un peu vive, elle est morte à 67 ans de la variole. — Une *sœur* morte *folle* après un séjour de 12 ans dans un asile d'Odessa. La folie la prit après ses couches. Elle ne pouvait plus voir son mari et se croyait persécutée. Elle a laissé une fille qui, elle-même, est morte *folle* après deux ans de mariage. — Une 2e sœur est *hallucinée*; après la mort de son père, elle résolut de ne point se marier, et dès lors se confina dans un isolement farouche. Elle a été enfermée, mais quoique libre à l'heure actuelle, elle est incapable de se conduire ; il est question de la faire interner de nouveau. — Une 3e *sœur*, saine d'esprit celle-là, est morte *tuberculeuse*. Elle a eu 4 enfants, 3 sont morts en Russie. Une fille, 23 ans, est bien portante et exerce la profession d'institutrice. Le *grand-père paternel* était conservateur des collections de la Faculté de médecine et du musée Dupuytren. Il est mort à un âge avancé on ne sait de quoi. — La *grand'mère paternelle*, est morte très vieille sans jamais avoir donné de signe de démence ou d'aliénation.]

Mère, 38 ans, n'a jamais eu de convulsions ou de maladies

nerveuses. Bien portante et suffisamment intelligente, elle est dépourvue d'instruction et ne sait ni lire ni écrire. Elle s'exprime en français avec la plus grande difficulté. Elle a eu des *fièvres intermittentes* à partir de 15 ans. Rien autre chose à noter. — [*Père*, sobre, 82 ans, n'a jamais été malade. *Mère*, 60 ans, bien portante, n'a jamais eu d'affection chronique nerveuse ou autre. — *Grand-père paternel*, mort à 89 ans, sans jamais avoir été malade. — *Grand'mère paternelle*, morte à 75 ans. Elle est restée un an au lit avant de mourir. Elle était très faible, mais non paralysée. — *Grand-père maternel* mort tout jeune. — *Grand' mère maternelle*, morte en couches. Rien comme maladies nerveuses ou mentales. — Ni oncles, ni tantes. — Trois *frères*: l'ainé, 30 ans, bien portant, n'a pas d'enfants. Le second *frére*, 28 ans, et le troisième, 24 ans, sont d'une bonne santé. — Dans le reste de la famille de la mère, aucune tare nerveuse.] — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.

4 *enfants* : 1° notre malade ; — 2° un enfant mort à 11 ans de la variole; il était intelligent, n'avait jamais eu de convulsions ; — 3° fille, 9 ans, bien portante, pas de convulsions, intelligente et pas nerveuse ; — 4° garçon, 4 ans, venu avec sa mère, très bel enfant, très intelligent, parlant bien ; il n'a jamais eu de convulsions.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception*. A cette époque le père n'était pas aliéné. — *Grossesse*: Pendant les 4 premiers mois, fatigues diverses. Affaiblissement au 8me mois, chute dans un escalier sans accidents consécutifs. — *Accouchement* pénible, le travail aurait duré trois jours. Il y eut une intervention médicale sur la nature de laquelle on ne s'explique pas. Pas de forceps? — *A la naissance*, Th.... était bien portant, pas d'asphyxie. Il présentait sur les deux fesses, deux taches noires qu'on attribue à la chûte de la mère. Ces taches persistèrent longtemps et ne disparurent qu'à cinq ans. Elles n'étaient pas saillantes et avaient les dimensions d'une pièce de 5 francs. — Allaitement maternel jusqu'à 2 ans et demi. Th.... n'a jamais pu marcher et est toujours resté couché. Le début de la parole a eu lieu à 3 ans. Pas de renseignements sur l'apparition des dents. — A 3 ans, la mère le promenant dans une voiture, le laissa tomber et depuis lors il dépérit. Sa mère attribue l'état actuel de son enfant à sa chute et à celle de son enfant. Un médecin roumain aurait prétendu qu'il s'était de la sorte abimé la moelle. — A 4 ans, rougeole; pas d'autre maladie. — Vacciné à trois

ans avec succès. Th... pleurait beaucoup étant tout enfant. *Il n'a pas eu de convulsions.* La mère affirme qu'il n'a jamais été malade, qu'il n'a jamais eu de fièvre, ni de troubles moteurs autres que ceux qu'il présente à l'heure actuelle. — Son état ne s'est jamais modifié.

2-6 *octobre.* — Revaccination sans succès.

1892, 9 *février.* — *Rubéole.* Température peu élevée (38°). Eruption discrète sur la face et le tronc. Toux grasse. Yeux larmoyants, coryza peu intense. Rien à l'auscultation. T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 38°,3.

10 *février.* — T. R. 38° matin et soir.

11 *février.* — T. R. 37°,6. — *Soir :* T. R. 38°.

12 *février.* — Etat général relativement bon. L'éruption a disparu en grande partie. Il est difficile de juger de la desquamation, car le petit malade présente des troubles trophiques de la peau se traduisant par une sorte de desquamation icththyosique qui rend difficile de faire exactement la part de l'exanthème. Blépharite ciliaire assez accusée de l'œil gauche ; lavages boriqués. T. R. 37°, 2. — *Soir :* T. R. 37°, 4.

13 *février.* — T. R. 37°. — *Soir* : T. R. 37° 2. Le malade entre en convalescence. — Exeat le 22 février.

23 *février.* L'enfant passe de l'isolement à l'infirmerie. Il ne peut se tenir debout et reste continuellement assis. Il a beaucoup maigri pendant sa rougeole. Face pâle. Sa température, prise régulièrement matin et soir pendant tout le mois, n'est pas élevée. Rien à l'auscultation. L'état de l'enfant ne se modifie pas et il présente de temps en temps des élévations de température qui ne dépassent jamais 38°.

2 *avril.* — Thill... tousse et maigrit. Son appétit reste bon et il n'a pas de fièvre.— *Traitement* : alimentation abondante : lait et œufs ; Todd au quinquina.

9 *avril.* — L'enfant se plaint toujours mais on ne peut lui faire dire où il souffre. Il a un peu de diarrhée, sue, maigrit beaucoup, jette des cris et respire difficilement. T. R. 37°, 8 ; — *Soir* : T. R. 38°.

Percusion : Du côté droit, matité de la fosse sus-épineuse et de la région sous-claviculaire ; submatité de la partie inférieure du poumon surtout en arrière. — A gauche : submatité de toute la partie du poumon. En arrière, matité plus prononcée à la partie moyenne.

Auscultation : Craquements humides dans les deux sommets au-dessous de la clavicule, du côté droit et, dans la fosse sous-épineuse du même côté, souffle amphorique avec gar-

gouillement. Du côté gauche, râles crépitants et sous-crépitants dans toute la partie supérieure du poumon. Souffle caverneux en arrière, vers la pointe de l'omoplate. L'auscultation est très difficile.

L'état se maintient les jours suivants identiquement le même et le dépérissement général s'accentue.

En résumé : *Tuberculose pulmonaire* à la période des excavations. — Huile de foie de morue créosotée. Todd au quinquina ; pointes de feu.

État actuel (11 avril). — L'enfant est pâle et reste constamment couché. — Le *crâne* est petit, aplati transversalement et se termine légèrement en pointe vers son sommet — Le front est étroit, les bosses frontales peu saillantes ; les bosses occipitales sont plus marquées. On ne trouve pas à la palpation trace des fontanelles.— Cheveux châtains foncés, un tourbillon en arrière sur la ligne médiane. Les cheveux empiètent beaucoup sur les côtés du front et rejoignent presque les sourcils.

Face ovale, constituant presque une ellipse, avec le front. Le visage est très amaigri et sans expression. Il exprime parfois la souffrance. — Arcades souciliêres nettement saillantes surtout vers la pointe externe. Paupières longues ; fentes palpébrales larges, un peu obliquement dirigéees en dehors et en haut. Sourcils abondants, mais assez clairsemés, noirs. Cils longs et noirs. *Yeux* mobiles dans tous les sens. Pas de nystagmus en ce moment. Impossible d'apprécier la valeur fonctionnelle de l'œil. Iris presque brun. Les pupilles sont égales. La sensibilité de la conjonctive parait un peu diminuée à droite.

Nez légèrement dévié à gauche, aquilin, long, à racine enfoncée au-dessous du front et d'une largeur exagérée. Lobule unique, étroit et en pointe. Sous-cloisons peu étendues d'avant en arrière et peu saillantes. Narines bien ouvertes, à direction oblique en dehors et en arrière. L'enfant respire bien par le nez.

Bouche large de 4 centimètres, à peu près toujours fermée. Lèvre supérieure moyennement épaisse, portant de chaque côté une dépression, qui rappelle le bec de lièvre. Cette lèvre supérieure est ombragée d'un léger duvet qui commence à noircir. Lèvre inférieure plus étroite. Même duvet au-dessous d'elle sur la ligne médiane. Les deux lèvres sont pâles.

Dentition : 12 dents, fortes et contiguës, assez bien rangées.

Langue enduite d'une épaisse couche saburrale, rouge à la pointe. Palais absolument pâle. L'enfant paraît distinguer et

préférer les choses sucrées ou douces comme le lait. Il ne semble pas être désagréablement impressionné par la quinine.

Sur la ligne médiane, la face antérieure du maxillaire inférieur est obliquement dirigée en bas et en arrière. Au contraire, le bord inférieur est dirigé de chaque côté très obliquement en arrière, en dehors et en haut. Sur le menton, qui est pointu, on trouve quelques poils comme ceux de la lèvre supérieure. — Joues très amaigries, couvertes d'un fin duvet. Apophyses zygomatiques et pommettes saillantes. Dépression au niveau de la boule de Bichat.

Oreilles volumineuses, écartées, de forme elliptique. Toutes ses parties sont normales, à part la largeur des lobules qui est exagérée. Ils ne sont pas adhérents.

Cou, 24 centimètres. — *Larynx* saillant. *Corps thyroïde* légèrement perceptible. Dépression sus-sternale assez accusée. Les clavicules se dessinent nettement sous la peau et sont dirigées très obliquement en arrière, en dehors et en haut. Les articulations externes et internes de la clavicule sont saillantes.

Thorax très amaigri, laissant voir les saillies des côtes, asymétrique, avec une dépression au niveau de l'hypochondre droit et une saillie au niveau de l'hypochondre gauche. Le sternum est en *lordose* ; la colonne vertébrale est en *cyphose*. Circonférence du thorax au niveau du premier espace intercostal : 56 centimètres au niveau de la pointe du sternum. Circonférence : 59 centimètres.

La *colonne vertébrale* ne présente pas de déviation latérale. L'incurvation antéro-postérieure n'est pas angulaire, il y a un assez grand nombre de poils entre les deux omoplates et au niveau des lombes.

L'enfant porte sur les parties postérieures et latérales du thorax une dizaine de cicatrices de forme oblongue. Au niveau du sacrum, existe une eschare de la dimension d'une pièce d'un franc, et au-dessus de cette eschare, deux cicatrices d'eschares antérieures. La fesse gauche, au niveau du sommet du grand trochanter, porte également une eschare un peu plus petite que la première. Une autre eschare, beaucoup plus petite se trouve à quelques centimètres en dehors.

Poumons. Sonorité exagérée en avant et à droite. Submatité au sommet gauche. Murmure vésiculaire normal à droite, exagéré à gauche, toujours en avant. En arrière, submatité au niveau de la fosse sous-épineuse. Râles sous-crépitants au même niveau avec souffle caverneux. R. 46. Battements du cœur précipités, donnant lieu à une ondulation de la paroi, analogue à celle qu'on remarque dans la symphyse cardiaque.

Quelques faux pas du cœur. Pouls à 132, assez résistant.

Sur la ligne mamelonnaire, la matité hépatique commence à la 7e côte et s'étend à 5 centimètres au-dessous dans l'abdomen. Sur la ligne médiane, elle occupe à peu près l'étendue de l'appendice xiphoïde. La rate n'est pas perceptible. L'abdomen est souple, non douloureux à la pression.

Membres supérieurs décharnés. L'avant-bras droit est en flexion complète sur le bras qui lui-même est à peu près constamment appliqué sur le tronc. L'avant-bras peut cependant s'étendre sur le bras presque à angle droit. Les mouvements volontaires sont extrêmement limités. Les mouvements de toutes les articulations sont à peu près normaux. Les deux doigts, médius et auriculaire, restent en demi-flexion, le premier métacarpien en opposition, la première phalange pouvant être placée en luxation postérieure sur le métacarpien et la deuxième en luxation postérieure sur la première.

Membre supérieur gauche dans le même état d'amaigrissement que le droit. Les deux os de l'avant-bras sont absolument parallèles à l'humérus et l'articulation du coude est ankylosée dans cette position. La main est en extension et adduction sur l'avant-bras. Les mouvements des doigts sont libres sauf ceux du pouce qui reste le plus souvent en opposition.

Membres inférieurs, complètement décharnés, couverts de poils qui commencent à noircir.

Membre droit: la cuisse est à-peu-près fixée en demi-flexion et adduction. La jambe est en flexion complète sur la cuisse et le pied est fléchi autant qu'il est possible sur la jambe. Les orteils sont en flexion et le gros orteil est, de plus, en adduction. Le pied est en rotation externe.

Membre gauche en flexion presque complète sur le bassin avec légère adduction. La jambe est en flexion complète sur la cuisse, le pied en rotation externe forcée, la malléole externe portant par son sommet sur la face externe du calcanéum. Le calcanéum et l'astragale ont à peu près complètement perdu leurs rapports.

Puberté. — Quelques poils sur les lèvres, sur le menton. Quelques poils un peu moins colorés sur le pubis. Rien sous les aisselles. Verge longue de 4 centimètres. Circonférence, 3 centimètres. Gland découvert. Bords du prépuce rouges. Scrotum très petit, ridé, vide. Le testicule droit est perceptible dans le trajet inguinal, près de son orifice abdominal, le gauche ne peut être senti. Région anale non déformée, cou-

verte de poils nombreux disposés sur deux lignes parallèles antéro-postérieures.

Mesures de la tête.

Circonférence horizontale maxima	46,5
Demi-circonférence bi-auriculaire	30
Distance de l'art. occipito-atloïdienne à la racine du nez	32,5
Diamètre antéro-postérieur maximum	15,5
— bi-auriculaire	11,4
— bi-pariétal	12,5
— bi-temporal	11,8
Hauteur médiane du front	4,5

Membres supérieurs.

	Droit.	Gauche,
Circonférence au niveau de l'aisselle	10.5	10.0
— à 10 centimètres au-dessus de l'olécrâne	10.0	10.0
Circonférence à 10 centimètres au-dessous de l'olécrâne	90	95
Circonférence au niveau du poignet	11.0	11.5
— au niveau du métacarpe	11.0	12.0
Distance de l'acromion à l'olécrâne	26.0	26.0
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	19.0	19.5
Distance du cubitus à l'extrémité du médius	13.0	15.0

Membres inférieurs.

	Droit.	Gauche.
Circonférence au niveau de l'aine	16.0	18.0
— à 10 centimètres au-dessus de la rotule	13.5	12.5
Circonférence à 10 centimètres au-dessous de la rotule	10.5	10.0
Circonférence au niveau du cou-de-pied	16.0	15.0
Distance de l'épine iliaque antéro-postérieure à l'interligne articulaire du genou	25.0	29.0
— de l'interligne à la malléole externe	26.4	26.0
— de la malléole externe à l'extrémité du médius	26.0	13.5
Longueur du pied	18.0	16.5
Largeur du pied	5.0	5.0

La parole est réduite à « papa, maman ». Pour dire « à boire », il prononce « à bare. » Il a l'air de comprendre ce qu'on lui dit. Il est impossible à l'enfant de se servir de ses mains; il ne mange donc pas seul. — La mastication est à peu près nulle et Thil... ne prend que des aliments liquides. — Son *caractère* est doux et il aime à être flatté. — Il *gâte* jour et nuit. — Son sommeil est paisible. — Pas d'onanisme. — Il présente le

tic de faire aller sa tête de droite à gauche en claquant la langue. Il ne peut ni s'habiller ni se déshabiller. Il ne se tient pas sur ses jambes. Il est facile de fixer son attention.

12 *avril*. — Même état, l'enfant ne veut pas de nourriture.

13 *avril*. — Le malade pousse des cris continuellement ; il ne prend que du lait, et respire difficilement. Il est couvert de sueurs, aucune modification sthétoscopique.

14 *avril*. — Affaiblissement de plus en plus grand.

15 *avril*. — L'enfant est mort ce matin à 4 heures en se plaignant beaucoup. — Température aussitôt après la mort, 39° ; — 1/4 d'heure après, 38°, 3; — une heure après, 35° ; — 2 heures après, 35°.

AUTOPSIE *faite le* 15 *avril* 1892, 30 heures après la mort.

Tête. — *Cuir chevelu* assez épais et bien fourni de cheveux. — *Calotte crânienne* mince. Léger degré de *plagiocéphalie* : proéminence frontale à gauche, dépression légère à droite ; proéminence occipitale à droite, légère dépression à gauche. — La *suture métopique* est ossifiée complètement ; la *suture coronale* est entièrement libre aussi bien à la face interne qu'à la face externe. Il en est de même de la *suture sagittale* où il y a une légère tendance au chevauchement du pariétal droit vers l'inion. Les deux *trous pariétaux* existent. On voit deux plaques translucides vers le bord supérieur du pariétal droit à un centimètre 1/2 de la ligne médiane. L'antérieure est éloignée de 4 centimètres de la coronale, la postérieure d'un centimètre de la lambdoïde. La *suture lambdoïde* est très compliquée. Elle est formée par une série d'*os wormiens* au nombre de 4 dans la région du lambda. Leurs connexions sont telles qu'elles effacent l'angle et le rendent mousse. On compte ensuite 3 *os wormiens* à droite et deux à gauche. Ils s'étendent sur une longeur de 5 centimètres dans la suture. — Rien de particulier à la base du crâne. — La *dure-mère* est d'épaisseur normale. Les vaisseaux et les nerfs de la base sont symétriques. — *Liquide céphalo-rachidien* en quantité normale.

Encéphale	790 gr.
Hémisphère cérébral droit	340 gr.
— — gauche	300 gr.
Poids total du cerveau	640 gr.
Cervelet et isthme	150 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	69 gr.
— — gauche	69 gr.

Bulbe et protubérance	12 gr.
Moelle épinière	30 gr.

Rien de particulier dans les *ventricules latéraux*, les *couches optiques*, les *tubercules mamillaires*.

Hémisphère cérébral droit. — La *pie-mère* est très fine et se détache facilement. — Le sillon de Rolando est très net. F^1, F^2, F^3 sont bien conformées. — Il n'en est pas de même de la *pariétale ascendante* qui est atteinte de *sclérose atrophique*, depuis son extrémité inférieure jusqu'à son extrémité supérieure elle offre l'aspect d'un gros cordonnet qui égale à peine le 1/3 de la frontale ascendante. La sclérose se prolonge sur le lobule paracentral qui est atrophié. La partie qui se relie au lobule de l'insula offre la même lésion. — Les circonvolutions qui sont en arrière sont légèrement plus petites qu'à l'état normal : le *lobe occipital*, en particulier, a ses circonvolutions sclérosées aussi bien sur la face externe que sur la face interne. L'atrophie y est encore plus prononcée que sur la pariétale ascendante. — La *scissure de Sylvius* ne présente rien d'anormal. — Le *lobe temporo-sphénoïdal* est intact, ainsi que le *corps calleux*.

Hémisphère gauche. — Les lésions de *sclérose atrophique* sont beaucoup plus accentuées. Ici la sclérose occupe les deux versants du sillon de Rolando, réduisant à un mince cordon de 4 à 5 millimètres la pariétale et la frontale ascendantes. — Le pied des F^1, F^2, F^3 est également atteint de sclérose atrophique ; celui de F^3 notamment n'est plus représenté que par son tiers antérieur, ses deux tiers postérieurs étant atrophiés au point de ne plus avoir que deux millimètres à peine d'épaisseur. — Le *lobule paracentral* est rudimentaire. — Les *circonvolutions pariétales* sont le siège du même processus atrophique dans le voisinage de la pariétale ascendante. — La *circonvolution du corps calleux* est également sclérosée. — Quant au *lobe occipital* tout entier il n'est plus figuré que par des circonvolutions rudinentaires à aspect vermicellé et qui sont les mêmes sur les faces interne et externe.

Cou. — *Larynx*, rien de particulier. — *Corps thyroïde* (15 gr.) sain. — Pas de *thymus*.

Thorax. — *Cœur* (100 gr.). — Adhérences caséeuses de la plè-

vre qui est assez épaisse. *Tuberculose* caséeuse de tout le lobe inférieur avec caverne considérable au centre. — *Poumon droit* (170 gr.). Adhérences généralisées; sclérose pulmonaire complète des lobes inférieurs; caséification du lobe supérieur avec cavernes.

Abdomen. — *Foie* (750 gr.), *rate* (50 gr.), *pancréas* (40 gr.), sains. — *Rein* gauche (80 gr.), un peu congestionné. *Rein* droit (70 gr.), pas de lésions. — *Vessie*, rien de particulier. — *Testicules* absents de l'anneau.

Abcès froid au niveau de la pointe du deltoïde gauche (4 centimètres de long sur 3 de large) immédiatement au-dessus de l'insertion.

RÉFLEXIONS. — I. L'influence de l'*hérédité* nerveuse est ici très manifeste en ce qui concerne le côté paternel. — Le père, deux tantes paternelles et une cousine sont aliénés. La grand'mère paternelle paraît aussi avoir été très nerveuse.

II. L'accouchement a été laborieux, mais dans le cas particulier, son influence nous paraît avoir été nulle. Rappelons encore une chûte de la mère durant sa grossesse.

III. Thil... n'a jamais marché. Sa parole ne s'est jamais développée chez lui, et il a toujours été inapte à se servir de ses mains. Aucune cause déterminante ne peut être invoquée pour expliquer cet état de déchéance, qui paraît dater de la naissance. On ne saurait ici faire entrer les convulsions en ligne de compte puisqu'on affirme qu'il n'en a jamais eu. L'hérédité et les conditions particulières de l'accouchement semblent donc avoir produit l'idiotie.

IV. Le côté défectueux du système nerveux central se traduisait chez lui à première vue par une déformation crânienne très marquée. Il était franchement

plagiocéphale. A l'autopsie on a pu voir qu'à cette plagiocéphalie correspondait un écart de poids de 40 grammes entre les deux hémisphères cérébraux qui étaient le siège de *sclérose atrophique*.

V. Thil... n'avait aucune chance d'être amélioré par une craniectomie. Elle n'aurait pas d'ailleurs été justifiée, car il n'y avait aucune trace de synostose, et on pouvait constater dans les sutures la présence d'os wormiens.

VI. Enfin la *tuberculose* est venue se greffer sur ce dégénéré et elle l'a emporté. — Elle s'est manifestée par sa localisation aux poumons, et aussi par la production d'un abcès froid du deltoïde.

VIII.

Idiotie complète symptomatique de double porencéphalie vraie;

PAR BOURNEVILLE ET DAURIAC.

SOMMAIRE. — *Père et grand père paternel, quelques excès de boisson. — Mère convulsions de l'enfance, nerveuse. — Grand oncle paternel mort de tuberculose. — Sœur, accidents nerveux. — Émotion vive au cinquième mois de la grossesse. — Premières convulsions à 3 mois; — crises fréquentes jusqu'à 4 ans. — Rougeole et influenza à 5 ans — Sueurs abondantes de la tête suivies d'un peu d'amélioration. — Marche et parole nulles. — Strabisme externe ; cécité complète. — Contractures des quatre membres. — Mastication nulle ; bave. — Accès de cris. — Tics de la face et balancement. — Gâtisme. — Épilepsie. — Congestion pulmonaire ; mort.*

Autopsie : Porus vrais des deux hémisphères cérébraux ; — Méningo-encéphalite chronique ; — atrophie de la protubérance. — Lésions pulmonaires.

Roc... Georges E., né à la Noue (Marne) le 29 juin 1886. est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 4 mai 1892.

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère*, le 13 mai 1892). — *Père*, 41 ans, garçon de bureau. Aucun renseignement sur son jeune âge. Il a eu une conjonctivite à 20 ans et deux pneumonies, à 19 ans et 39 ans. Il ne présente aucun signe de syphilis. Il serait légèrement *alcoolique* et cet état se traduirait surtout par des cauchemars effrayants qui surviennent la nuit. Il n'a pas de céphalalgies habituelles ni de migraines. On ne relève aucune affection nerveuse dans son

passé. Caractère calme et placide. Fumeur passionné, il consomme pour 1 fr. 50 de tabac par jour (?) Il n'a jamais subi aucun trau'natisme. [*Père*, journalier, mort à 79 ans, d'une hernie étranglée. Il était habituellement bien portant, mais aimait à boire. — *Mère*, 69 ans, en bonne santé jusqu'à la ménopause; à partir de cette époque, elle aurait eu des « pituites et des vomissements. » Elle était d'un caractère très vif et fort prompte à se mettre en colère. Jamais elle n'a eu de maladies nerveuses. — Sur les *grands-parents*, aussi bien du côté paternel que du côté maternel, nous n'avons aucun renseignement. — Trois *oncles paternels* : 2 sont morts et on ne sait rien d'eux. Le dernier a 75 ans; il est très sobre. — Une *tante paternelle*, âgée de 60 ans environ, a des douleurs rhumatismales qui l'empêchent de marcher. — Pas d'oncles ni de tantes du côté maternel. — Un *frère*, âgé de 50 ans, bien portant. — Dans le reste de la famille, pas d'idiots, d'aliénés, d'épileptiques, de paralytiques, de difformes, de bègues, de pieds-bots, de suicidés, de criminels ou de prostituées.]

Mère, 38 ans, ménagère, a eu des *convulsions* au moment de la dentition. A onze ans, abcès de l'épaule. Ni chorée, ni rhumatisme ou fièvre thyphoïde. Elle n'a, nous dit-elle, qu'une seule chose qui la gêne : c'est sa nervosité : — « Quand je suis agacée, mes mains se crispent et se mettent à trembler. » Elle n'a jamais eu pourtant de crises nerveuses. Parfois elle devient subitement pâle; point de migraines. — [*Père*, 71 ans, bûcheron, aurait actuellement « une tumeur dans l'estomac. » Auparavant, il était robuste et bien portant. Très sobre, il était cependant « très prompt, coléreux et violent. » — *Mère*, 66 ans; elle a eu, vers 47 ou 48 ans, des douleurs qui, pendant 6 mois, l'obligèrent à marcher avec des cannes. Depuis, « elle est redevenue très forte. » Pas d'affection nerveuse. — Les *grands-parents paternels* sont morts jeunes. La *grand'mère maternelle* serait morte du choléra. — Un *oncle paternel*, mort à 67 ou 68 ans environ, on ne sait de quoi. — Une *tante paternelle*, 73 ans, bien portante et pas nerveuse. — Un *oncle maternel*, mort à 63 ans, d'une *tuberculose pulmonaire*. — Trois *frères* et trois *sœurs* en bonne santé. — Dans le reste de la famille, rien à signaler au point de vue d'une tare nerveuse quelconque.

Pas de consanguinité. — Le mari à trois ans de plus que sa femme.

Cinq *enfants*: 1° une fille, 11 ans, jamais de convulsions, habituellement bien portante, coléreuse, nerveuse et irritable, ntelligente; — 2° fille, 10 ans, n'a pas eu de convulsions, a

eu un abcès froid au pied; n'est pas nerveuse, caractère aimable, intelligente; — 3° fille, 8 ans; au cours de sa dentition, elle eut trois fois des *syncopes* (ses yeux ne tournèrent pas, ses membres ne s'agitèrent pas); elle est depuis très bien portante, travaille en classe; — 4° notre malade; — 5° fille, 13 mois, paraît vigoureusement constituée pour son âge; pas de convulsions.

Notre malade. — Rien de particulier ne s'est passé au moment de la *conception*. Une parfaite entente régnait dans le ménage. — Au cinquième mois de la *grossesse*, la mère tomba de voiture: « on m'a ramenée chez moi, presque morte, dit-elle, à moitié tuée». On lui fit prendre de l'éther. Sa peur avait été profonde: elle trembla durant un quart d'heure, puis elle se remit sans qu'il se produisit de menaces d'avortement. — *Accouchement* à terme, normal, sans chloroforme. — A la *naissance*, pas d'asphyxie; l'enfant était en excellent état et paraissait vigoureux et bien constitué. — La mère le nourrit elle-même au sein pendant trois ans. Il vomissait assez souvent, et elle craignait de le sevrer. — La première dent perça à 9 mois, la dentition était complète à 2 ans Il n'a jamais dit que «maman» et cela à partir de 15 ou 16 mois. Il se tient actuellement un peu sur les jambes, mais il ne marche pas.

Les *premières convulsions* se sont montrées vers trois mois. Elles avaient lieu surtout au réveil et consistaient en un tressaillement des bras avec rotation de la tête et des yeux. Elles n'étaient pas généralisées et le côté droit était particulièrement atteint. A 2 ans, ces convulsions augmentèrent de fréquence. Elles diminuèrent à 4 ans. Leur durée n'excédait pas cinq minutes. Il y en avait jusqu'à trois ou quatre par jour. Les plus fortes débutaient par une sorte d'*aura*· l'enfant pleurait, rougissait, puis avait des convulsions cloniques qui siégeaient surtout dans le bras droit. Les jambes étaient moins agitées, ainsi que le bras gauche. Les yeux se déviaient, devenaient blancs, puis l'enfant se raidissait. La fin de la crise était annoncée par une pâleur de la face. Durant ses convulsions, il avait les poings fermés, le pouce en dedans. Il se mordait la langue, au point de saigner abondamment, grinçait des dents, et s'en serait même cassé deux. On ne constata point de paralysies consécutives. Il dormait après ses crises mais sans être plongé dans le coma. Dans d'autres circonstances, il revenait d'emblée complètement à lui. Au cours de ces crises, il avait quelquefois des émissions d'urine

mais jamais eu de matières fécales. Il n'a pas eu d'athétose ou de chorée.

A 6 mois, il fut vacciné avec succès; il n'a pas eu de varioloïde, ni de scarlatine ou de coqueluche. Il aurait eu la rougeole et l'influenza à 5 ans. — Blépharite ciliaire; aucune autre manifestation scrofuleuse. A partir de 2 ans, on ajouta à l'allaitement maternel, quelques aliments. L'enfant, à partir de ce moment, prit un peu d'embonpoint. Il est habituellement constipé et a toujours été gâteux. Pas de vers; pas de traumatismes.

Jusqu'à 5 ans, R... aurait été sujet à des poussées fébriles. Vers cette époque, il se mit à transpirer beaucoup de la tête, et à la suite, nous dit sa mère, il aurait été bien mieux.

Il reconnait ses parents et se montre affectueux (?). Il ne marche pas, ne dit que « papa » et « maman » et pousse des cris inarticulés. Il est difficile d'avoir des renseignements bien précis sur les habitudes et les penchants de l'enfant, car la mère semble, de médiocre intelligence. Elle est très touffue dans ses réponses et montre une certaine tendance à l'exagération. La petite fille qu'elle a amenée avec elle parait peu intelligente.

Etat actuel (21 mai 1892). — L'enfant est développé physiquement et parait bien portant. Pas d'adipose. Le facies est absolument inintelligent et sans expression.

La *tête* est celle d'un microcéphale. Aucune saillie; pas de cicatrice. Au-dessus du front, à la racine des cheveux, il existe une dépression transversale, appréciable à la vue aussi bien qu'au toucher. — Cheveux châtains; tourbillon sur la ligne médiane, à l'union de la face postérieure et de la face supérieure du crâne. — Le *front* est assez élevé, mais étroit. Les arcades sourcilières sont peu saillantes. Les orbites sont grandes, les sourcils châtains. Les paupières sont le siège d'un léger degré de *blépharite;* les fentes palpébrales sont dirigées en haut et en dehors. Les globes oculaires paraissent mobiles dans tous les sens. Il y a du *strabisme externe*, soit de l'œil gauche seul, soit des deux yeux. Dans aucun mouvement, la pupille de l'un ou de l'autre côté n'atteint l'angle interne. Les conjonctives sont saines. L'iris est châtain foncé et assez grand. Les pupilles inégales, — la gauche plus grande que la droite, — réagissent bien à la lumière. Il est impossible de constater la réaction à l'accommodation.

Le *fond de l'œil*, examiné par M. VIALET, interne des hôpitaux, a montré à gauche, une *atrophie du nerf optique*. La

pupille est en mydriase et réagit sous l'influence des mouvements du globe. A droite, il y a du strabisme divergent. La pupille est moins dilatée et ne réagit pas à la lumière. Le fond de l'œil est invisible. Il y a *cécité complète*.

Nez droit, lobule intact, sous-cloison peu saillante, narines un peu grandes et légèrement obliques en arrière et en dehors. L'*odorat* n'est pas développé(?).

La lèvre supérieure ne présente rien de particulier. Sur la lèvre inférieure nous notons de chaque côté de la ligne médiane deux cicatrices distinctes d'environ huit millimètres. La *bouche*, presque toujours béante, laisse couler une *bave* assez abondante. — La *langue*, de volume naturel, est légèrement saburrale et très mobile. — Voile du palais normal. Voûte palatine aplatie. Amygdales un peu grosses; réflexe pharyngien conservé. — Grincements de dents assez fréquents.

Le menton est en pointe; les joues sont assez pleines, et colorées. Les *oreilles*, grandes et normalement conformées, sont un peu écartées du crâne. La droite présente une saillie anormale de l'anthélix due au retrait de l'hélix à ce niveau.

Le *cou* est court. Circonférence : 24 cent. Le *corps thyroïde* est légèrement perceptible. Le *larynx* n'est pas saillant.

Les *membres supérieurs* sont en adduction, l'avant-bras dans un état qui dépasse la demi-flexion sur le bras; les mains sont en flexion légère sur le poignet et sont toutes deux appliquées sur l'abdomen, la gauche d'une façon plus énergique que la droite. L'enfant résiste très fort lorsqu'on veut écarter le bras de cette position. Il est très difficile dans cette situation de juger de l'état des articulations, sauf de celles du poignet et des doigts qui sont saines.

Les *membres inférieurs* sont dans la situation suivante : la jambe gauche passe en avant de la droite, au niveau du cou-de-pied; les jambes sont demi-fléchies sur les cuisses. Ces dernières sont en demi-flexion sur le bassin et en adduction énergique. Les deux membres sont égaux.

En arrière du grand trochanter droit existe une élevure de coloration rougeâtre ayant un centimètre de long sur 7 millimètres de large et entourée de quelques poils plus développés qu'ailleurs. Saillie considérable des condyles internes du fémur. — Pas de courbure anormale des tibias. — Les pieds sont bien conformés et cependant il y a une faible cambrure de la voûte. Les mouvements comuniqués sont très difficiles; les mouvements volontaires sont assez rares. Il y a de la trépidation épileptoïde. Le réflexe rotulien est exagéré surtout à gauche. Le réflexe plantaire est peu développé.

Le *thorax* ne présente rien d'anormal en avant; en arrière, convexité dorsale de la colonne. Les côtes font en arrière et à droite une certaine saillie. — Rien à la percussion. A l'auscultation quelques râles ronflants des deux côtés. Rien au cœur. Respiration costo-abdominale. L'enfant fait ordinairement de petites inspirations, puis tout à coup une grande inspiration suivie de stertor. La palpation du ventre ne parait pas douloureuse. — Les *organes génitaux* externes sont glabres. La verge a une longueur et une circonférence de 4 centimètres. Phimosis et gland découvrables. Les testicules sont extrêmement petits, difficiles à découvrir. Région anale normale.

21 *mai* — *Traitement* :3 bains salés. — Exercices de la marche et des jointures.

25 *juin*. — Revacciné sans succès.

17 *juillet*. — L'enfant est envoyé à l'infirmerie vers 10 heures du matin. Il vient du pavillon des gâteux. Il n'aurait pas dormi de la nuit, aurait eu des frissons. La respiration parait libre mais il y a un peu de rougeur des pommettes. L'auscultation ne décèle aucun signe de quelque valeur. Néanmoins, on soupçonne l'existence d'une pneumonie.

A 4 heures du soir, la respiration devient haletante et pénible. La température est de 40°, 5. La face est rouge, vultueuse, et couverte de sueurs. Le pouls est très petit et très fréquent. A l'auscultation râles muqueux en grande abondance du haut en bas de la poitrine, en avant et en arrière, des deux côtés. — *Traitement*: Inhalations d'oxygène. Sulfate de quinine 0.30 centigrammes. Sinapismes.

L'enfant meurt à une heure du matin. Température après la mort : 40°, 8 ; un quart d'heure après la mort : 38°, 2 ; une heure après la mort : 36°, 4 ; deux heures après la mort : 35° Température de la pièce : 18° 5. *Poids* après décès 10 k. 100.

L'observation de l'enfant a donné les résultats suivants au point de vue de son caractère et de ses habitudes :

Roch..., ne prononce pas une seule parole. Il crie de temps en temps et ses cris très perçants se succèdent à intervalles plus ou moins rapprochés. Il mange peu et mal et rejette les aliments au fur et à mesure qu'on les lui introduit dans la bouche. Il préfère les légumes, le potage, le lait et les œufs et manifeste pour la viande un profond dégoût. Il tourne la tête lorsqu'on persiste à lui en présenter. La mastication est nulle et ce n'est que très difficilement qu'il avale les aliments même liquides.

Les sentiments affectifs paraissent nuls; les caresses le laissent complètement froid. Il ne fait aucune attention aux objurgations qu'on croit devoir lui faire lorsqu'il crie trop fort. Il ne rit jamais. Il pleure abondamment lorsqu'on le change. — Il gâte jour et nuit, dort peu et mal et crie chaque fois qu'il se réveille. Pas d'onanisme.

Comme *tics*, on ne remarque chez lui que des tiraillements de la bouche de divers côtés. Un *balancement* de la tête de droite à gauche et réciproquement, balancement qui dure une bonne partie de la journée. Il est incapable de se servir de ses mains. Les selles sont régulières et bonnes. Il n'a pas de diarrhée. Il ne marche pas et tient continuellement dans son lit ses jambes repliées. — Les yeux, atteints de cécité, restent constamment ouverts, même lorsque la grande clarté les frappe.

Ro... était signalé comme atteint d'épilepsie par le certificat d'admission. Durant son séjour, il a eu 7 accès et 3 vertiges en mai et 2 accès en juin. La sous-surveillante de l'infirmerie décrit ainsi l'*accès :* Pas de cri initial ; la face devient rouge, se tourne à droite ainsi que la bouche et les yeux. Légers mouvements des paupières ; quelques secousses des membres supérieurs ; rien aux inférieurs. Ni morsure de la langue, ni émission d'urine. Durée : une minute. Sommeil consécutif : 10 minutes. T. R. à la fin de l'accès : 36°,9 ; — un quart d'heure après : 37° ; — une heure après : 37°,3 (1).

AUTOPSIE faite le 19 juillet, 34 heures après le décès. — *Tête.* — Le *cuir chevelu* est assez épais et un peu rosé. — La *voûte crânienne* est assez élevée, mince, les os sont peu épais. Il y a de nombreuses plaques transparentes occupant la moitié de la calotte à gauche et les deux tiers à droite. — La *suture sagittale*, entièrement libre, est modérément sinueuse. Les dentelures sont apparentes aussi bien sur la table interne que sur la table externe. — La *suture coronale* est très régulière sans interposition d'os wormiens. Aucune trace de synostose n'est appréciable sur l'une ou l'autre face. — La *suture coronale* est libre dans toute son étendue, sans trace de synostose. Les fontanelles et la suture métopique sont fermées.

(1) Afin de nous assurer que les enfants qui nous arrivent ne sont pas à la période d'incubation d'une affection aiguë, nous faisons prendre leur T. R. pendant les cinq premiers jours de leur admission, ce qui nous a permis de constater que Roc... avait d'habitude une T. basse. 4 *mai*, soir : 37°. — 5 *mai :* 37° et 37°1. — 6 *mai :* 37° et 37°. — 7 *mai :* 36°, 8 et 37°.

Lorsque la calotte est enlevée, la *dure-mère* apparaît distendue par du liquide et ressemble à deux *poches* incomplètement remplies de l'quide, c'est-à-dire affaissées ou plissées par places. Il s'écoule pendant l'enlèvement de la calotte 100 grammes de liquide cephalo-rachidien et de sang. Lorsqu'on procède à l'ablution de l'encéphale, il s'écoule encore 150 grammes de liquide céphalo-rachidien.

Au premier examen, ce qui frappe surtout c'est la disproportion qui existe entre les deux hémisphères cérébraux. Le gauche est allongé, en quelque sorte effilé dans le sens antéro-potérieur. L'hémisphère droit est tassé sur lui-même dans le sens antéro-postérieur. Il est, au contraire, élargi dans le sens transversal.

Encéphale	490 gr.
Hémisphère cérébral droit	200 gr.
— gauche	188 gr.
Cervelet et isthme	102 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	47 gr.
— gauche	47 gr.
Bulbe et protubérance	8 gr.
Moelle épinière	25 gr.
Liquide céphalo-rachidien	250 gr.

Hémisphère gauche — La *face convexe* est interrompue à cinq centimètres en arrière de la pointe du lobe frontal par l'existence d'une *perte de substance porencéphalique* qui intéresse toute l'épaisseur de la substance grise et blanche à ce niveau et *met en communication le ventricule latéral avec l'extérieur*. Ce *porus* affecte une direction antéro-postérieure. — Son plus grand diamètre mesure six centimètres et est dirigé de haut en bas et d'avant en arrière. Les bords sont formés par une sorte de réflexion intérieure des circonvolutions de la face convexe. En avant, ce sont les frontales dont la deuxième et la troisième sont notablement atrophiées. Elles ont tout au plus la grosseur d'un lombric ordinaire et sont en outre le siège d'adhérences de la pie-mère, adhérences qui lors de la décortication ont quelque peu effrité les parties de la substance cérébrale sur lesquelles elles siègent. Le pied de la troisième frontale est complètement méconnaissable ainsi que celui de F.[3]. Le pied de cette circonvolution semble pourtant plonger dans un sillon à direction ascendante qui borde le porus en avant et qui n'est autre chose qu'une branche de bifurcation supérieure de la scissure de Sylvius.

La *scissure de Sylvius* n'existe pas. Le bord inférieur du

porus l'a détruite et ce bord supérieur se continue insensiblement avec la face inférieure.

Le bord supérieur du porus est bordé par les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes séparées par le sillon de Rolando.

Ce que nous avons dit de la situation du porus suffit à faire comprendre que les *circonvolutions frontales* et *pariétales ascendantes* sont forcément incomplètes : leur partie inférieure est totalement détruite et remplacée par le pseudo-kyste qui remplit le porus ; leur tiers supérieur seul persiste. De la frontale ascendante, se détache la circonvolution frontale qui est assez nette.

Le *pli pariétal supérieur*, le *pli pariétal inférieur* sont aussi assez bien distinctes. Leur volume est presque normal. Le lobe pariétal est séparé du *lobe occipital* par une scissure perpendiculaire externe bien développée. Les *circonvolutions occipitales* sont rudimentaires et du volume d'un lombric.

Le *fond du porus* est tapissé par une membrane séreuse qui se continue avec celle des ventricules. En soulevant le bord supérieur on arrive à voir le 3e ventricule qui communique largement avec le ventricule latéral du même côté, dont le porus n'est que la continuation. Le 3e ventricule n'est pas dilaté.

Face inférieure. — Les circonvolutions de cette face sont très irrégulières. Les circonvolutions frontales sont larges, étalées. Les sillons qui les séparent sont peu profonds.

L'étage moyen occupé par le lobe temporo-sphénoïdal est à peine indiqué, la plus grande partie ayant été détruite par l'épanouissement du porus sur la face inférieure du cerveau. — Le *lobule de l'hippocampe*, la *corne d'Ammon* n'existent plus.

Hémisphère droit. — Ici le *porus* occupe surtout la partie supérieure de la face convexe de l'hémisphère dont il intéresse le bord supérieur. Ce porus est distant de 4 centimètres de la pointe du lobe frontal. Il est moins vaste que celui du côté gauche et ne mesure guère que 3 centimètres dans son plus grand diamètre. Il a plutôt la forme d'une fente qui croît en s'élargissant depuis son origine dans le tiers inférieur du sillon de Rolando, jusqu'à sa terminaison à l'extrémité supérieure de ce sillon.

Il s'agit là d'un véritable écartement des deux bords du sillon de Rolando. Cet écartement est minimun en bas. Il est maximum en haut où il atteint 3 centimètres. Le fond du sillon est détruit

et on tombe directement dans le ventricule latéral. Le plancher du *troisième ventricule* n'est pas même respecté et il n'existe plus que sous la forme d'une très petite et très étroite bandelette tout à fait à la partie interne.

La *frontale ascendante* borde en avant le porus. Elle s'arrondit en s'élargissant considérablement. On dirait qu'elle a été aplatie du fait de la traction qu'on aurait exercée sur elle. F^1 et F^2 sont le siège de nombreuses adhérences des enveloppes qui ont en grande partie entrainé la substance grise corticale. — F_3 a le volume d'une grosse ficelle et affecte une disposition contournée qui échappe à la description. — La *scissure de Sylvius* n'existe pas, non plus que le *lobule de l'insula*.

Sur le versant opposé du *porus*, la *pariétale ascendante* s'étale, présentant le même aspect que la frontale. Ces circonvolutions fortement séparées l'une de l'autre ne peuvent se réunir à leur partie terminale, et il est à peine besoin de dire que le *lobule paracentral* n'est nullement représenté.

Les *circonvolutions pariétales* qui s'en détachent sont nettement séparées des circonvolutions occipitales par une scissure perpendiculaire externe très accusée.

Au *fond du porus* on voit le *ventricule latéral* qui est quelque peu dilaté. On aperçoit le pédoncule cérébral qui est gros et renflé. Les *noyaux gris centraux* sont difficilement différenciables des *circonvolutions* de la face inférieure du *lobe frontal*, très rudimentaires et à peine séparées entre elles par de minces sillons peu accusés.

Le *lobe temporo-sphénoïdal* est figuré par quelques circonvolutions peu volumineuses, se prolongeant insensiblement avec celles de la face convexe.

Au niveau du *prolongement occipital du ventricule*, on voit une *nouvelle communication* s'établir entre la superficie du cerveau et l'intérieur de ce prolongement. Cette communication se fait sous forme d'une *fente* assez large (15 mm.) et longue de 3 cent. Elle contourne la circonvolution de l'hippocampe qui est assez nette. (Voir PLANCHES VIII, IX, X, ,XI.)

Les *pédoncules cérébraux* n'offrent rien de particulier. — Le *quatrième ventricule* est normal. — Le *bulbe* parait être complet ; macroscopiquement on lui distingue toutes ses parties intégrantes. — Le *cervelet* est symétrique, parfaitement constitué. — La *protubérance* n'est plus représentée que par une bandelette peu épaisse, qui affecte l'apparence d'un large ruban très aplati. Nul doute qu'elle ne soit très atrophiée dans les parties constituantes.

Cou. — Le *larynx* et le *corps thyroïde* sont normaux. — On remarque de nombreux et assez volumineux ganglions péri-trachéo-bronchiques. — *Thymus* : pas de renseignements.

Thorax. Les *poumons* sont congestionnés. Le *droit* pèse 118 gr. Son sommet est sain, de même que les languettes antérieures. Le bord postérieur est rouge foncé à la coupe, on tombe sur un parenchyme rouge foncé d'où sort par la pression une écume sanguinolente et de l'air. Un fragment jeté dans l'eau surnage. Le *poumon gauche* pèse 115 gr. et présente absolument le même aspect que le droit. Le *cœur* (70 gr.), est vide et sain. Le *trou de Botal* est obturé.

Abdomen. Foie (440 gr.), d'un beau jaune doré avec des marbrures plus claires au niveau du ligament suspenseur. Aucune altération à la coupe. La *vésicule biliaire* ne renferme pas de calculs. — *Rein* droit (40 gr.), *rein* gauche (42 gr.), rien de particulier ainsi que la *rate* (30 gr.) et le *pancréas* (15 gr.). Pas de calculs dans la vessie ou les bassinets. — La mort est due à la *congestion* des poumons.

RÉFLEXIONS. — I. Les *antécédents héréditaires* sont peu chargés dans ce cas : quelques *excès de boisson* chez le père et le grand-père paternel de l'enfant et des *convulsions* de la mère durant son *enfance*, convulsions qui ont produit un certain degré d'arriération intellectuelle. Toutefois, comme nous avons des lacunes dans nos renseignements, nous sommes obligés de nous tenir sur la réserve.

II. Nous sommes très enclins à rattacher l'arrêt de développement du cerveau, la *double porencéphalie vraie*, qui a eu l'*idiotie complète* pour conséquence, à la violente émotion éprouvée par la mère au cinquième mois de sa grossesse.

III. Il est souvent très difficile de bien faire préciser aux parents l'état réel de leur enfant avant les accidents auxquels ils rattachent avec plus ou moins de raison la maladie mentale. Ici, par exemple, nous voyons que ce sont les convulsions qui ont attiré l'at-

tention des parents et, cependant, il s'agit d'un *arrêt de développement congénital*. Il est juste de reconnaître que les convulsions sont venues à 3 mois et que, à moins d'avoir une très grande expérience des enfants, il est difficile de faire une description psychique comparative à cet âge.

En tout cas ces *convulsions* nous semblent devoir être rattachées aux lésions de *méningo-encéphalite*, constatées à l'autopsie et c'est aussi à elles qu'il convient d'attribuer l'*épilepsie*.

IV. Nous avons toujours soin dans nos observations de décrire les *tics* des enfants. Roc... en avait plusieurs : l'un d'eux consistait en un *balancement latéral de la tête*. Ce genre de tics offre, ainsi que nous l'avons déjà dit, plusieurs variétés : parfois on note un *balancement antéro-postérieur du tronc*, ou un *balancement latéral;* d'autres fois on observe un *mouvement de rotation de la tête*. Toutes ces variétés peuvent être réunies chez le même enfant. Souvent le balancement s'accompagne d'une sorte de chantonnement, compliqué ou non de grimaces, de cris. Dans d'autres cas, les grimaces et le chantonnement se montrent dans les intervalles du balancement. Celui-ci est quelquefois presque continu, quelquefois il se produit par accès.

V. Dans ce cas, la porencéphalie s'accompagnait d'un arrêt de développement de la tête se traduisant ainsi que cela ressort de la description clinique du malade, par la *microcéphalie*. Des personnes peu au courant des maladies chroniques de l'encéphale pourraient supposer que cet état de microcéphalie de l'enveloppe osseuse a pu gêner le développement de l'encéphale, et l'empêcher d'arriver à l'état parfait. Cette supposition tombe devant l'examen de la calotte

du crâne. En effet, outre qu'elle porte de nombreuses plaques transparentes, ses sutures ne présentent en aucun point des traces de synostose. Ce n'est donc pas une synostose précoce qu'il faut incriminer dans notre observation. Le cerveau avait toute liberté pour se développer ; l'enveloppe osseuse ne s'est arrêtée dans sa croissance que parce que le cerveau s'était précédemment arrêté lui-même dans la sienne. Une craniectomie n'aurait pu remédier en rien à cet état.

VI. Dans le *Compte-rendu* de 1890, l'un de nous a publié en collaboration avec M. Sollier un mémoire sur la porencéphalie, comprenant deux cas de *porencéphalie vraie* et, en 1891, un autre cas accompagné de planches. La nouvelle observation de porencéphalie qui fait l'objet de cette discussion et qui porte à quatre seulement le chiffre des cas observés depuis 1879 dans le service des enfants de Bicêtre, nous parait mériter une sorte de rapprochement, de parallèle, avec les cas du service antérieurement publiés.

Nous avons dit autrefois qu'il fallait établir une distinction entre les porencéphalies. Il y en a de *vraies*, il y en a de *fausses*. Les premières sont congénitales et sont caractérisées par l'existence d'une communication entre la surface de l'hémisphère atteint et le ventricule latéral. Les bords du *porus* ne sont pas creusés à pic ; ils sont tapissés par les circonvolutions voisines qui se réfléchissent le long de ses parois, allant ainsi de la face convexe jusqu'au fond du porus.

La *pseudo-porencéphalie*, au contraire, se caractérise par une perte de substance due à des causes diverses, perte de substance variable en profondeur, et dont les parois montrent la disposition stratifiée des couches qui ont été intéressées. Nous ne nous occuperons pas de la pseudo-porencéphalie.

La pathogénie de la *porencéphalie vraie* a donné

lieu à de nombreuses hypothèses. Les uns ont voulu la mettre sur le compte d'un arrêt de développement; d'autres ont incriminé l'hydrocéphalie, suffisante d'après eux, pour détruire les hémisphères par accumulation dans le crâne d'une quantité anormale de liquide.

Pour Kundrat la porencéphalie congénitale est le résultat d'un anémie profonde des départements corticaux, surtout de ceux que dessert la sylvienne. Cette anémie entraîne une encéphalite destructive. Suivant le même auteur, l'hémorrhagie cérébrale ne saurait être sérieusement invoquée. On sait qu'elle est exceptionnelle chez le fœtus.

Lallemand (de Nancy) admet à la suite d'une anémie intense des circonvolutions, l'établissement d'une encéphalite déterminant une sclérose des circonvolutions insuffisamment irriguées. Quoiqu'il en soit, il est certain que la *porencéphalie vraie* s'établit au cours de la vie intra-utérine, ce qui la différencie encore de la *pseudo-porencéphalie* qui, elle, se montre surtout après la naissance (ramollissement, hémorrhagie, encéphalite, etc.).

Il est de toute évidence de par le siège variable de la lésion, de par son étendue, tantôt vaste, tantôt réduite à des proportions minimes, et intéressant par conséquent des territoires affectés à des fonctions diverses, que l'on ne saurait tracer de cette affection un tableau symptomatique précis. Nous dirons seulement que l'idiotie, les paralysies et les contractures sont le cortège habituel d'un *porus cérébral.* La lecture de nos observations suffira pour s'en convaincre.

De nos quatre malades, un, Arn.., est mort par asphyxie due à l'introduction du lait dans les voies respiratoires ; un, Pot., de broncho-pneumonie, le troi-

sième, V.., de tuberculose pulmonaire et péritonale enfin, le dernier, Roc.., a succombé à une congestion pulmonaire.

L'ensemble des symptômes observés chez nos quatre malades aboutissait au diagnostic : *idiotie complète* et permettait d'en déduire qu'une amélioration sérieuse paraissait fort aléatoire. Mais, pour se prononcer d'une manière motivée sur la possibilité ou l'impossibilité d'un amendement intellectuel dans l'idiotie symptomatique de porencéphalie, il faudrait disposer d'un nombre considérable d'observations. En Amérique, on a eu recours à la craniectomie dans des cas de ce genre dont on n'avait certainement pas fait d'ailleurs le diagnostic. Inutile de dire que cette intervention chirurgicale n'a produit aucune amélioration et qu'au point de vue de l'état du crâne et du cerveau elle n'est nullement justifiée.

En poursuivant la comparaison entre les quatre cas de porencéphalie vraie que nous avons recueillis jusqu'à ce jour, il est facile de voir qu'au point de vue du *siège* la lésion varie peu. C'est toujours le territoire irrigué par la cérébrale moyenne qui est creusé par le porus. F^3, F A, P A, P^2, T^1, sont les circonvolutions le plus souvent intéressées. Les circonvolutions situées autour d'elles peuvent aussi être altérées, mais elles le sont seulement lorsque le porus a des dimensions énormes.

La chose est très nette sur l'hémisphère droit de St. Arn. La première temporale manque. Les frontale et pariétale ascendantes sont détruites vers leurs tiers inférieur. Il en est de même pour le pied de F^3 et de P^2. Cette disposition met complètement à découvert sur ce cerveau le lobule de l'insula.

Le cerveau de St-Arn.. est, sous ce rapport, comparable à celui des singes. Le développement des circonvolutions de l'hémisphère et surtout du lobe frontal

n'a pas été suffisant pour déterminer la formation d'opercules qui recouvriraient le lobule de l'insula. A l'état normal, en effet, ce lobule est recouvert par deux opercules constitués par deux saillies qui surplombent celle du pied des deux circonvolutions rolandiques, (opercule supérieur) et celle de la première temporale (opercule inférieur); le cap de la troisième frontale forme en outre un opercule accessoire.

Le lobule de l'insula de St-Arn...., s'il est à découvert comme celui des singes, se distingue cependant de celui de ces animaux en ce qu'il est volumineux et nettement différencié au point de vue des circonvolutions qui lui appartiennent.

Si on passe au cerveau de Pot.., on se trouve en présence d'une *porencéphalie double* siègeant en deux points symétriques des deux hémisphères. Le territoire d'irrigation de la sylvienne est ici encore une fois très nettement intéressé des deux côtés.

Sur le cerveau de Viv.. et sur celui de Roch.. nous faisons la même constatation.

Au point de vue de la *bilatéralité* ou de l'*unilatéralité* de la lésion, nos quatre cas se partagent ainsi :

Porencéphalie double	2
Porencéphalie simple	2

Nous pouvons ajouter cependant que la bilatéralité nous parait être la règle. En nous reportant, en effet, au cas de St-Arn.. et en examinant les deux hémisphères de son cerveau, nous constatons un *développement incomplet* du territoire de la cérébrale moyenne. Il n'y a pas de véritable porus du côté gauche, mais on peut constater une ébauche de travail pathologique ayant amené la disparition des mêmes parties des mêmes circonvolutions qui manquent à droite : un degré de plus et le porus était constitué.

Au point de vue de l'*étendue de la lésion*, nos quatre cerveaux nous offrent en quelque sorte une gamme d'accroissement des porus. Sur le cerveau de St Arn.., le porus ne mesure que 30 millimètres dans la plus grande longueur; chez Pot., le porus gauche mesure 53 millimètres et le droit, 35 millimètres ; chez Viv.., le ventricule latéral droit est ouvert dans toute son étendue, jusque dans ses prolongements postérieurs. Le porus de Roc... ne mesure pas moins de 70 millimétres à gauche dans son plus grand diamètre. Rien n'est donc plus variable que l'*étendue* de la lésion porencéphalique.

Ce qui est, par exemple, toujours constant dans nos quatre cas, c'est la disposition des *bords du porus*. On n'observe pas une seule de ces excavations dont la paroi affecte la forme stratifiée qui est le propre de la *pseudo-porencéphalie*, et qui dénote la destruction successive des couches constituantes de l'hémisphère. Sur nos quatre cerveaux les parois des porus sont tapissées par la réflexion des circonvolutions voisines.

Il nous a paru bon d'examiner aussi sur les *calottes crâniennes* qui ont recouvert ces divers cerveaux, si le développement incomplet de l'encéphale pouvait être mis sur le compte d'une *synostose prématurée*.

1° En ce qui concerne St-Arn.. la calotte est légère, peu dense. Les os qui la constituent sont peu épais. Ils le sont également des deux côtés. La sagittale est libre dans toute son étendue aussi bien sur la table interne que sur la table externe. Il en est de même de la *coronale* et de la lambdoïde. Les *fontanelles* sont oblitérées. Les *trous pariétaux* sont très développés. Il y a une légère *plagiocéphalie* avec prédominance de la bosse frontale droite.

2° Chez Pot.., même minceur, même légèreté de la calotte; plaques transparentes fort étendues, siégeant vers la partie inférieure du pariétal droit.

Sutures coronale, sagittale et lambdoïde entièrement libres de travail synostosique. Notons sur la coronale, l'existence d'un petit *foramen* qui siège sur son côté droit à un centimètre et demi de l'aboutissant de l'extrémité antérieure de la sagittale. Ce petit pertuis occupe le centre d'une plaque transparente. Plagiocéphalie très marquée avec prédominance de la bosse frontale droite.

3° La calotte de Viv... est très volumineuse : on dirait d'une calotte d'hydrocéphale, et cela rapproché de l'énorme étalement du ventricule latéral du côté droit de l'hémisphère, on ne serait pas éloigné de croire, avec les partisans de cette théorie, que l'hydrocéphalie a joué un rôle dans la production de ce porus. Quoiqu'il en soit, comme les précédents, le crâne de Viv... est libre de tout travail synostosique.

4° Chez Roc..., la calotte crânienne, de dimensions réduites, a une grande légèreté et est presque entièrement transparente. Nous avons dit plus haut (p. 95) qu'il n'y avait aucune trace de synostose. La disposition trigonocéphale est très nette, et nous n'hésitons pas à la mettre sur le compte du défaut de développement des lobes frontaux, défaut de développement qui a eu pour conséquence l'absence de formation des lobes frontaux.

On ne saurait mieux trouver pour mettre en évidence cette vérité, à savoir que le développement de la calotte osseuse de l'encéphale est sous la dépendance du développement des centres nerveux. Si l'accroissement de ces derniers s'arrête, la boite osseuse cesse de s'accroître.

Inutile d'ajouter, après ce que nous venons de dire de l'*état du cerveau* et de l'*état du crâne*, que dans les cas d'idiotie relevant de la *porencéphalie* la *craniectomie* ne peut avoir aucune influence avantageuse pour les malades.

IX.

Epilepsie ; tuberculose pulmonaire ;

PAR BOURNEVILLE ET FERRIER.

SOMMAIRE. — *Père, excès de boisson, mort de laryngite tuberculeuse. — Oncle paternel, convulsions de l'enfance, mort de phthisie. — Autre oncle paternel, convulsions de l'enfance. — Mère, excès de boisson, morte phthisique. — Grand-père paternel mort phthisique.*
Émotion vive au cinquième mois de la grossesse. — Naissance à 7 mois. — Début de l'épilepsie à 3 ans (?). — Excès de boisson. — Tuberculose pulmonaire ; mort.
AUTOPSIE : *Épaississement et congestion de la pie-mère ; — tuberculisation avancée du poumon ; — hypertrophie du foie, de la rate, etc.*

L'hom..., (Charles Émile François), né à Paris, le 20 avril 1874, sommelier, est entré le 24 février 1892 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE.)

Antécédents (Renseignements fournis par le patron et surtout par l'oncle de l'enfant, le 22 avril 1892.) — *Père*, a eu des *convulsions* dans l'enfance. Pas de chorée, de rhumatismes, de dartres, de migraines, ni de fièvre typhoïde. C'était un homme très vigoureux, il ne paraissait pas avoir eu la syphilis et n'a jamais eu aucun accident nerveux. Il *buvait* et fumait beaucoup. D'un caractère doux habituellement, il devenait furieux lorsqu'il était ivre, et brisait tout à la maison. Il y a 4 ans, il fut atteint de *tuberculose*, qui se localisa bientôt au larynx. On lui fit la trachéotomie à Lariboisière pour des accès de suffocation, et il sortit de l'hôpital, avec sa canule,

au bout de 3 jours. Il mourut un mois après sans que la canule eût été enlevée ; il avait 39 ans.— [*Père*, mort en 1871, à 58 ans, d'un coup de feu. Sobre, un peu colère, mais très-affectueux pour ses enfants. Pas de maladies nerveuses. — *Mère*, non nerveuse, morte « de chagrin » à 58 ans également, 6 mois après son mari ; elle avait un ulcère variqueux à la jambe gauche. — *Grands-parents paternels* et *maternels*, totalement inconnus. — Aucun renseignement au sujet des *oncles* et *tantes*. — Un *frère* mort *phtisique* à 34 ans, sobre, doux. — Un second *frère* est vivant : c'est celui qui nous fournit les renseignements. Il parait en assez bonne santé, mais a eu, étant soldat, une adénite cervicale pour laquelle il a été réformé. Tous deux ont eu des *convulsions* dans l'enfance. Une *sœur*, sans enfants, bien portante. — Les enfants du second frère sont bien conformés, en bonne santé, affectueux. On ne connait dans la famille ni idiots, ni épileptiques, ni bègues, ni sourds-muets, etc.]

Mère, morte *phtisique*, à 36 ans, en 1891. On ignore si elle a eu des convulsions dans l'enfance ; elle aurait eu une fièvre typhoïde à 10 ou 11 ans, rien de plus. D'après le patron de l'enfant, cette femme s'adonnait à la *boisson* comme son mari. — [*Père*, mort *phtisique*, à 50 ans. — *Mère*, de 7 ans plus âgée, serait morte également *phtisique* (?) à 74 ans. Tous deux étaient sobres et de caractère calme. — *Grands-parents paternels*, *oncles* et *tantes maternels* inconnus. Une *sœur* serait morte très jeune. — Pas d'idiots, d'épileptiques, d'aliénés, de bègues, de sourds-muets, de difformes, etc., dans la famille.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 4 ans (père plus âgé).

Deux *enfants* : 1° une fille venue à 6 mois et qui n'a vécu que quelques semaines ; 2° notre malade.

Notre malade. — Vers le quatrième mois de la *grossesse*, la mère éprouva une *violente émotion* à la vue d'un couvreur tombant d'un toit, et qu'elle crut être son mari. Il n'y eut, ni à ce sujet ni à aucun autre pendant la grossesse, aucune syncope ou autre phénomène nerveux. — L'*accouchement* eut lieu à 7 mois, sans qu'on puisse donner de cause à ce fait, après un travail de courte durée. Il n'y avait pas d'asphyxie *à la naissance*. L'enfant fut mis dans de l'ouate, et nourri avec du lait de vache. Il grandit normalement. On ne sait ni à quel âge il fut sevré, ni à quel âge il eut soit sa première dent, soit sa dentition temporaire complète. — L'enfant

paraissait intelligent, connaissait bien ses parents. On ne sait s'il a eu des convulsions. On ne peut donner aucun renseignement sur les maladies qu'il peut avoir eues. Au sujet de l'épilepsie, les dires du patron et de l'oncle s'accordent pour en faire remonter le début à l'enfance. Pour l'un, L'hom... « a toujours tombé » ; pour l'autre, on s'est aperçu qu'il était épileptique lorsqu'il commença à marcher, c'est-à-dire vers 3 ou 4 ans. A cette époque, voici quel était approximativement le tableau de l'accès : l'enfant « tournait sur lui-même » sans pousser un cri, et « tombait comme une masse ». Après la chûte, il parait bien avoir eu des convulsions toniques, puis quelques légères convulsions cloniques. Ces phénomènes, accompagnés de pâleur de la face et de bave dans les premiers temps, sans stertor, constituaient tout l'accès. Après l'accès, l'enfant dormait environ une heure. A son réveil, il restait hébété ; mais il reconnaissait ses parents. Il n'aurait jamais eu de délire. Il n'urinait pas sous lui ; il se levait quelquefois après l'accès pour uriner.

Ces accès étaient surtout nocturnes, et survenaient en moyenne une fois par semaine, quelquefois à deux jours d'intervalle. Le nombre est toujours resté à peu près égal. Cependant des accès auraient pu passer inaperçus la nuit.

Le récit que fait le patron de l'enfant au sujet des accès de ces dernières années est sensiblement le même que celui de l'oncle. La tête se tournait à droite; mais il n'y avait aucune prédominance des convulsions d'un côté du corps.

L'enfant n'avait pas de vertiges, mais lorsqu'un accès était imminent, ses yeux « devenaient fixes. » Ces accès lui revenaient quelquefois tous les 2 ou 3 jours ; parfois aussi plus de trois semaines s'écoulaient sans qu'il s'en présentât. A cause de ses accès, on ne voulut pas le garder à l'école. L'enfant, se servant de ce qu'on lui avait appris, continua à faire des progrès, et parvint seul à lire et à écrire.

L'h... n'a pas de mauvais instincts, toutefois il est très taquin. On n'a pas constaté d'onanisme et on pense qu'il n'a jamais eu de rapports sexuels. — Les fonctions digestives ont toujours été régulières. L'h... a eu, on ne sait à quel âge, des oxyures vermiculaires. Il aurait été propre de bonne heure? D'après son patron, « *il s'adonnait à la boisson*, comme son père et peut-être sa mère. » Il a commencé à tousser il y a 3 ou 4 ans; on ne lui a pas vu d'hémoptysie.

Etat actuel. — L'enfant est d'une pâleur terreuse. Il est amaigri. Les yeux sont excavés et brillants, fortement cer-

nés. Il parle péniblement. Son débit, entrecoupé de quintes de toux, est aussi interrompu par des efforts inspiratoires. La physionomie exprime l'hébétude et décèle le mauvais état de la santé générale.

Le *cou* présente, sur le côté droit, une cicatrice allongée dans le sens antéro-postérieur, trace d'un *abcès ganglionnaire* survenu il y a 7 ans. Il y a sur le bras droit, au niveau du tiers inférieur, une cicatrice résultant d'une morsure de chien.

Tête. Cheveux clairsemés, châtains, régulièrement implantés. — *Crâne* volumineux, plagiocéphale, aplati dans le sens transversal, paraissant symétrique. Les fontanelles sont comblées. — Le *front* est haut et découvert. — La *face* est allongée en ovale. Elle est asymétrique et le nez est dévié du côté gauche. Les arcades sourcilières, nettement dessinées, et proéminentes, sont recouvertes de sourcils noirs, particulièrement abondants, se rejoignant d'un côté à l'autre sur la racine du nez. Les paupières sont minces, se relèvent bien, et produisent en s'abaissant l'occlusion parfaite de l'œil. Les cils, noirs, sont longs et abondants. *Yeux* bien mobiles; pas d'exopthalmie. Pas de strabisme, ni de paralysie des muscles, soit extrinsèques soit intrinsèques. Pas de nystagmus. L'iris est châtain foncé. Les pupilles, égales, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a pas de lésion de la cornée ou de la conjonctive. La sensibilité de ces parties est parfaite. L'acuité visuelle est normale. L'h... différencie les couleurs. Pas de diplopie, ni de rétrécissement du champ visuel. — Le *nez* est droit, allongé, légèrement renflé à la pointe. Les ailes du nez sont symétriques, les narines bien ouvertes, la cloison est déviée à gauche. Les pommettes, saillantes, sont régulières, symétriques, — *Bouche* de grandeur moyenne. Lèvres, saillantes et épaisses, surtout l'inférieure, fendillées et gercées. Voile du palais régulier. Amygdales non hypertrophiées. *Goût* intact.

Le *menton* porte une fossette qui lui donne une apparence bifide. La saillie est plus accentuée à gauche. *Oreilles* grandes, à pavillon largement étalé et quelque peu décollé. Lobule bien détaché. Rien d'anormal dans les diverses parties de l'oreille.

Cou maigre et long. — *Corps thyroïde* normal. — La *voix* est rauque et voilée, plus basse qu'à l'état normal.

Thorax. Le gril costal est appréciable à la simple inspection. La respiration est faible, entrecoupée. (*Tuberculose pulmo-*

naire au 3° degré). — Rien de particulier à signaler pour le cœur. Pouls régulier. — *Abdomen* souple, non douloureux à la palpation. Région anale saine.

Membres supérieurs amaigris. Muscles sans puissance. Mains osseuses. — Doigts longs et nerveux. non hippocratiques. — Rien de particulier pour les *membres inférieurs.*

Sensibilité intacte au toucher, à la douleur, à la température.

Puberté. Poils nombreux sur le pubis. Verge longue de 8 centimètres. Circonférence: 7 centimètres. Le prépuce se relève facilement en arrière du gland. Testicules égaux, bien développés, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Rien à l'épididyme.

5 *avril.* — L'h. , qui est resté continuellement à l'infirmerie depuis son entrée dans le service, présente un amaigrissement très prononcé de la face et du corps. Il tousse continuellement. Son expectoration consiste en crachats nummulaires, puriformes, nageant dans un liquide clair. Les quintes de toux déterminent des vomissements alimentaires. L'appétit est très faible. Pas de diarrhée. Il y a des gargouillements très étendus dans les poumons, principalement dans le poumon gauche. Le murmure vésiculaire est faible dans le reste des poumons.

18 *avril.* — L'h.... se plaint de dysphagie et de dysphonie. Badigeonnages du pharynx avec une solution de cocaïne à 5 0/0. Congestion de la base gauche, au-dessous de la zone du gargouillement.

1er *mai.* — L'h. ., qui s'affaissait de plus en plus et qui avait depuis une huitaine de jours une diarrhée incoercible, a eu ce matin des *accès de dyspnée* plus prononcés et est mort à 9 heures avec des phénomènes d'asphyxie.

Au moment de la mort, la *température* était de 37°; — un quart d'heure après, elle était de 36°, 2 ; — une heure après de 32°, 4. La température de la salle était primitivement de 10°, ensuite de 8°. *Poids* après décès; 43 k. 100.

AUTOPSIE faite 36 heures après décès. — *Tête.* A l'ouverture du crâne, il s'écoule du liquide céphalo-rachidien en quantité un peu plus grande que de coutume. La *calotte* présente une certaine asymétrie: en avant, la partie droite du frontal est un peu proéminente; en arrière, au contraire, le pariétal gauche dépasse l'os correspondant du côté droit et le côté gauche de l'occipital est plus saillant que le droit. — Les *sutures lambdoïde* et *sagittale* n'offrent pas de trace de synostose. Il en

est de même du côté gauche de la suture fronto-pariétale, et de la plus grande partie de son côté droit Mais, sur une longueur de 3 cent., de haut en bas à partir de la limite de la temporale, la suture ne laisse voir sa place que très vaguement, au moins en dehors. En effet, elle est encore très nette à la face interne de la calotte. Au-dessous de la portion de cette suture qui est complètement oblitérée à la face externe, il existe encore quelques parcelles de suture circonscrivant deux ou trois espèces de presqu'îles osseuses.

La face externe de la calotte présente comme particularités: 1° du côté gauche du frontal deux sillons presque verticaux, à un peu moins d'un centimètre l'un de l'autre, l'intérieur, court, peu profond, est situé à demi distance entre la ligne médiane et la partie inférieure gauche de la suture métopique; le postérieur, long d'environ 5 centimètres, remonte obliquement en arrière et en dedans jusqu'à un centimètre de la même suture; — 2° la conformation particulière des fosses temporales, qui n'offrent pas de dépression, sauf à la partie moyenne de la fosse temporale gauche.

Vue par la face interne, la calotte est en grande partie opaque et laisse voir un certain nombre de points plus ou moins translucides. Ces points ne sont indiqués à la face externe par aucune dépression, tandis qu'à la face interne ils correspondent à une diminution très nette d'épaisseur. Au voisinage de la ligne médiane se trouvent deux points, l'un droit, l'autre gauche, situés tous les deux au point culminant de la calotte. Tous les deux sont allongés d'avant en arrière. Celui de gauche présente en outre une branche dirigée en dehors, et aboutissant au sillon antérieur de la méningée moyenne, qu'elle prolonge exactement. A droite, cette partie moins épaisse a une longueur de 3 centimètres, avec une partie plus épaisse en avant et une partie extrêmement mince en arrière. A gauche, elle est à 15 millimètres de la ligne médiane; elle est d'une épaisseur à peu près uniforme. A la partie moyenne du frontal, à un centimètre à gauche de la ligne médiane, existe une autre dépression de la table interne. Il en existe une a utre un peu plus bas,à droite, mais celle-ci est moins prononcée. Sur les côtés se trouvent, au niveau des pariétaux, un peu au-dessus de chacun des temporaux, des plaques translucides, présentant un certain nombre de points épaissis. Des deux côtés, le sillon de la méningée moyenne est translucide sur une partie de son étendue, mais principalement à droite. — La *base* du *crâne* est asymétrique. — Le *trou* occipital est très oblique.

Pas de congestion de la *pie-mère* de la base. Les lobes frontaux sont un peu accolés à leur face interne. On les sépare d'ailleurs facilement. Sur la face convexe, principalement sur le lobe frontal, sur les F A et P A, la pie-mère est un peu épaissie, blanchâtre, et cela sur chaque hémisphère. — Les *artères*, les *nerfs* de la base paraissent tout-à-fait symétriques. Les *tubercules mamillaires* sont égaux, les *tubercules quadrijumeaux* n'ont rien de remarquable.

Hémisphère droit. — La décortication se fait facilement. Le ventricule latéral, la corne d'Ammon, les masses grises, n'offrent aucune lésion. Les *scissures* de *Rolando* et de *Sylvius* sont bien dessinées et se continuent par une entaille peu profonde, creusée dans le pli de passage superficiel qui réunit les deux circonvolutions F A et P A. — La *scissure occipitale* ne se prolonge pas sur la face externe. Les sillons sont en général profonds, surtout les sillons frontaux. Cette remarque s'applique également à l'hémisphère gauche. — Les circonvolutions sont lisses à la face externe et à la face interne. Mais à la face inférieure, au niveau du lobule orbitaire, un lambeau de pie-mère resté adhérent ne s'arrache qu'en laissant à la substance grise un aspect «granité» Les *circonvolutions frontales* sont assez sinueuses et nettement séparées à leur origine. Dans leur tiers antérieur elles offrent de fréquents plis de passage soit profonds, soit superficiels. — Les *circonvolutions pariétales, occipitales, temporales*, n'ont rien de particulier. — Rien à noter au sujet de l'insula, ni au sujet des circonvolutions de la face interne et des *noyaux gris.*

Hémisphère gauche. — La *pie-mère* est épaissie sur toute la convexité. La décortication est facile. Pas de lésions macroscopiques.

On ne peut que faire les mêmes observations sur cet hémisphère que sur l'autre ; il faut pourtant noter qu'il n'est pas resté de pie-mère adhérente à la face inférieure du lobe frontal ; que la scissure de Sylvius n'est pour ainsi dire pas séparée de la scissure de Rolando, puisque ces deux scissures communiquent par-dessus un pli de passage profond. Les deux branches inférieures de la scissure de Sylvius sont bien nettes. — Les circonvolutions de la face externe, de la face interne, de la face inférieure sont lisses. — Les *noyaux gris*, le *ventricule latéral* n'offrent rien à signaler.

Cou. — Le *corps thyroïde*, normal, pèse 32 grammes. Pas de *thymus*.

Thorax. — *Cœur* (200 gr.) *Péricarde* épaissi. Il y a environ 60 gr. de liquide péricardique; pas de lésions d'orifices ni de persistance du trou de Botal. — *Poumon droit* (1000gr.). Légères adhérences. Très nombreux *tubercules* surtout dans les lobes supérieurs. — *Poumon gauche* (1150 gr.); adhérence complète et épaisissement des plèvres. *Nombreuses cavernes. Tubercules* fort nombreux dans le reste du tissu pulmonaire.

Abdomen. — Le *foie* est très volumineux (2000 gr.). Il est adhérent par toute sa surface, et a subi la dégénérescence graisseuse. — Le *rein droit* et le *rein gauche* pèsent chacun 180 gr. Ils sont pâles, faciles à décortiquer. — La *rate* est légèrement adhérente, extrêmement développée (330 gr.) et molle. — Rien à remarquer dans le tube digestif. Pas de tuberculose péritonéale ou intestinale.
Cause de la mort : *Broncho-pneumonie tuberculeuse.*

Réflexions. — I. Le point le plus intéressant de cette observation, incomplète à quelques égards, c'est l'*alcoolisme* des père et mère du malade et du malade lui-même.

II. Mentionnons en second lieu l'hérédité de la *tuberculose*. Ici la prédisposition venait à la fois du père et de la mère et même des ascendants.

III. L'insuffisance des renseignements nous empêche de pouvoir établir un lien entre l'*émotion vive* éprouvée par la mère durant sa grossesse et l'*épilepsie* dont nous ignorons d'ailleurs la date exacte de l'apparition.

X.

Idiotie méningitique ; craniectomie sans résultat appréciable ; mode curieux de réossification de la brèche osseuse ;

PAR BOURNEVILLE ET NOIR.

SOMMAIRE. — *Père : excès de boisson. — Grand-père paternel alcoolique et nerveux. — Oncle paternel mort de méningite traumatique (?). — Tante paternelle morte phthisique. — Mère, vive et coléreuse. — Cousin idiot ne parlant pas. — Un frère, mort de convulsions. — Un autre frère mort du carreau, à 3 ans. — Une sœur morte de bronchite. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de trois ans.*

Conception, grossesse, accouchement : rien de particulier. — Première dent à 10 mois. Dentition complète à 2 ans. — Convulsions dites internes à 3 semaines, se reproduisant quotidiennement jusqu'à la fin du troisième mois ; occlusion des paupières ; immobilité. Strabisme constaté à 13 mois. — Craniectomie à l'hôpital Trousseau en juin 1890. Coqueluche à 2 ans et demi. — Rougeole à 3 ans et demi. Teigne tonsurante. — Broncho-pneumonie, mort.

AUTOPSIE. — *Description des os du crâne. — Mode de réparation de la brèche osseuse produite par la craniectomie. —Minceur et transparence des os. — Absence de synostose. Adhérences de la dure-mère au niveau des cicatrices osseuses. — Méningo-encéphalite prédominant notablement sur l'hémisphère gauche. — Persistance du trou de Botal. — Lésions pulmonaires.*

St.., Emile-Frédéric, né le 12 juin 1886, à Paris, est entré à Bicêtre, le 19 juin 1891 (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents (*Renseignements fournis par sa mère*, le 26 juin 1891). — *Père*, 48 ans, ébéniste, n'a jamais été malade, fait quelques *excès alcooliques*, rentre à demi-ivre environ une fois par mois, ne boit jamais d'absinthe, fume environ pour 50 centimes de tabac par jour. Bon ouvrier, vif et emporté, il aurait battu sa femme, mais depuis très longtemps, cela ne lui est plus arrivé. Ni dermatoses, ni traces de maladies vénériennes. — [*Père*, mort à 70 ans passés, laboureur, « très nerveux » il faisait parfois des *excès de boisson*. — *Mère*, morte à 70 ans (?). — *Grands-parents paternels* et *maternels*, morts âgés, on ne sait de quoi. — Trois *oncles paternels*, bien portants ainsi que leurs enfants. — Deux *frères*, tous deux sans enfants et sobres; l'un serait mort à 32 ans d'une *méningite traumatique*, l'autre est bien portant. — Cinq *sœurs* : deux sont mortes; l'une probablement phtisique à la suite de couches, l'autre assez jeune de fièvre typhoïde; trois sont vivantes et en bonne santé ainsi que leurs enfants, une d'entre elles paraît avoir des douleurs rhumatismales. Dans le reste de la famille, pas d'aliénés, d'épileptiques, de personnes atteintes d'affections nerveuses, de suicidés, ni de débauchées, etc.]

Mère, 45 ans, mariée à 24 ans, domestique avant son mariage; depuis, elle s'occupe des soins du ménage. Elle n'a jamais été malade, ni présenté d'accidents nerveux. Elle paraît intelligente; son visage est régulier; elle parle ave un fort accent alsacien ; elle avoue être vive et un peu coléreuse. — [*Père*, mort à 41 ans, d'une chute de voiture, laboureur, était très sobre. — *Mère*, morte à 66 ans, d'une « maladie de ventre ». n'a jamais eu d'accidents nerveux. — *Grands-parents paternels* et *maternels*, morts âgés; pas d'autres détails. — *Demi-oncles paternels*, bien portants ainsi que leurs enfants. — Deux *oncles maternels*, morts on ne sait de quoi, ayant des enfants sains de corps et d'esprit, sauf un, âgé de 17 ans, placé à Rosheim, près Strasbourg, et qui ne parle pas. — Deux *tantes maternelles* bien portantes, ainsi que leurs enfants. — Huit *enfants* : cinq seraient morts jeunes, on ne sait de quoi; un autre, ayant bu, aurait été écrasé par une voiture et serait mort assez jeune; 2 sont vivants et bien portants. Dans le reste de la famille, pas d'aliénés, d'épileptiques, etc.] Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans.

14 *enfants* : 1° Une fille, morte un quart d'heure après la naissance; — 2° fausse couche de 3 mois; — 3° fille, 21 ans, domestique, pas de convulsions de l'enfance, pas d'accidents nerveux, bien portante, intelligente; — 4° garçon, mort à 2 ans avec

des *convulsions*, bien portant et intelligent auparavant; — 5° garçon, mort à 10 mois de la coqueluche, n'a pas eu de convulsions, était bien constitué; — 6° garçon, 16 ans, intelligent, a son certificat d'études, n'a pas eu de convulsions; — 7° garçon, 14 ans, de bonne santé mais un peu sauvage et n'apprend guère en classe, n'a pas eu de convulsions; — 8° fille, 13 ans et 9° garçon, 12 ans, pas de convulsions, bien portants et intelligents; — 10° garçon, mort du carreau à 3 ans, pas de convulsions, intelligent; — 11° fille, 6 ans, saine, intelligente, pas de convulsions; — 12° notre malade; — 13° fille, morte à 2 ans d'une bronchite, sans avoir eu de convulsions, intelligente; — 14° fille, 5 mois, se développe bien. Ces deux dernières n'ont pas eu de convulsions.

Notre malade. Rien de particulier à la *conception*, l'enfant n'a pas été conçu durant l'ivresse. — *Grossesse* bonne, chûte sans accident consécutif; à part cela, rien de particulier. — *Accouchement* à terme, naturel et rapide, sans médicaments. — A la *naissance*, pas d'asphyxie, bien que l'enfant eût, comme tous ses frères et sœurs, un circulaire du cordon autour du cou. Élevé au sein par sa mère, il fut sevré à 18 mois. Premières dents à 10 mois; dentition complète à 2 ans.

Les premiers jours, on eut de la peine à lui apprendre à têter, cependant durant les deux ou trois premières semaines de son existence, « il était bel enfant et ressemblait à tous les autres. » Vers la troisième semaine, l'enfant commença à décliner, il maigrissait et sa mère s'aperçut qu'il tenait toute la journée les yeux fermés; qu'il ne les ouvrait que la nuit. Elle constatait quotidiennement que « ses yeux marchaient tout le temps comme un moulin. » Ce phénomène se produisait par crises et elle le remarquait lorsque, durant la nuit, elle lui donnait le sein. Ces crises se manifestèrent durant trois mois au moins une fois par nuit, et, en même temps l'enfant continuait de maigrir. Il ne poussait aucun cri, ni le jour, ni la nuit : « on n'aurait jamais dit qu'il y avait un enfant à la maison. » Il restait toujours assoupi.

A 3 mois, les mouvements des yeux cessent; l'enfant reste maigre, ne donnant aucun signe d'intelligence. Il demeure couché dans son lit, immobile, les yeux clos, la bouche à demi ouverte et ne riant jamais.

A 13 mois, on constata une amélioration notable dans l'état de l'enfant. C'est à cette époque que, pouvant entr'ouvrir les paupières, ses parents constatèrent le *strabisme* plus accentué, disent-ils, qu'actuellement. Alors aussi, il commençait à

s'asseoir, tout en restant presque complètement immobile. A 2 ans, il ne pouvait encore se tenir sur ses jambes. Ce ne fut que vers les premiers mois de 1890 (à 3 ans 1/2) qu'il y parvint. Dans la même année, il commença à reconnaître son père, sa mère, ses frères et sœurs et souriait « tout comme un enfant d'un an « Il faisait des manières avec ses mains, comme M. le curé à l'église. » Toujours gâteux, il avait parfois la diarrhée durant une semaine. Sa parole, à 3 ans 1/2, se bornait à quelques mots : papa, maman, mimi (nom qu'il donne à sa sœur Adrienne), titine (Augustine, une autre sœur). Entré vers février 1890, à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le professeur LANNELONGUE, il y fut crâniectomisé le 22 juin 1890 (1).

Il sortit de l'hôpital à la fin de février 1891. Sa mère prétend ne pas avoir constaté de progrès bien manifestes à la suite de l'opération. Il fixait peut-être un peu plus son attention et il faisait plus facilement le tour d'une table sur le bord de laquelle il se cramponnait; mais elle n'ajoute pas une grande importance à ces faibles progrès opérés en un an, car elle avait remarqué que son enfant commençait à les effectuer avant son entrée à Trousseau. A l'hôpital, il apprit à se servir de la cuiller (il savait avant tenir son pain à la main) et à prononcer le mot « Lisa » (Elisa, nom de l'infirmière qui prenait soin de lui).

Le sommeil est généralement bon. S... ne grince pas des dents et ne présente pas d'autres mauvaises habitudes que celle de sucer le pouce droit. Parfois il s'amuse à parler à des images et à glisser sur les fesses, assis sur le parquet. — Les fonctions digestives et respiratoires se font normalement; toutefois il a des alternatives de constipation et de diarrhée.

St... a eu la *coqueluche* à 2 ans 1/2 (elle fut légère et ne dura que six semaines), et la *rougeole* à 3 ans 1/2, à Trousseau. C'est à la suite de cette rougeole qu'ayant eu un petit abcès au-dessous de l'oreille gauche, il fut envoyé dans le service de M. Lannelongue qui ouvrit l'abcès et pratiqua ensuite la *crâniectomie.*

St.. n'a jamais eu d'accidents scrofuleux, ni de dermatose

(1) Notre ami M. Lannelongue a bien voulu nous envoyer les notes suivantes : *Opération.*— Débridement antéro-postérieur traversant la suture fronto-pariétale. — 25 *juin* : violentes attaques de *convulsions épileptiques.* — 26 *juin* : nouvelles attaques qui ne se sont plus reproduites. — 30 *janvier* 1891 : Etat intellectuel amélioré, reconnait les personnes, dit quelques mots : à boire, Elisa, fait des pieds de nez, ne perd plus ses matières.

et sa mère pense que la teigne tondante dont il est atteint et qui a été constatée ici dès le 20 juin 1891, le lendemain de son entrée, a été contractée à l'infirmerie du dépôt, où il séjourna deux jours avant d'être admis à Bicêtre. L'enfant n'a pas eu de vers instestinaux ni subi de traumatisme sérieux. On n'a jamais constaté d'onanisme. Il ne sait pas s'habiller, essaye de mettre ses souliers, mais sans pouvoir y parvenir.

État actuel. (23 *juin* 1891). — Les paupières à demi fermées, la bouche entrouverte donnent à l'enfant un air d'hébétude très accentué ; on parvient néanmoins en lui parlant à le faire sourire. Etat général de santé satisfaisant. La tête est de volume médiocre. Les bosses pariétales saillantes sont situées fort en arrière. La protubérance occipitale externe est très développée. Le crâne est sensiblement symétrique. Pasde traces au palper des sutures, ni des fontanelles. Sur la partie gauche de la tête, on remarque une *cicatrice linéaire antéro-postérieure* où les cheveux manquent et qui s'étend parallèlement à la suture sagittale du front à l'occiput; une dépression correspond à cette cicatrice. En palpant avec soin cette région, l'on sent une petite *rainure superficielle* de 3 centimètres en avant, puis une *ouverture large* de 6 ou 7 millimètres sur un centimètre de longeur, la soudure parait à peu près effectuée sur 9 centimètres de trajet. Une nouvelle *dépression triangulaire* d'un centimètre fait suite et se termine en arrière par une petite rainure longue d'un centimètre. Cheveux châtain foncé, peu abondants, courts; nombreuses plaques d'*alopécie* dues au *tricophyton*. Le tourbillon postérieur est régulier et situé sur la ligne médiane.

Visage allongé et ovale. — *Front* assez large et élevé; saillie assez prononcée des bosses frontales. Arcades sourcilières peu saillantes. Sourcils clairs. Paupières peu mobiles; la supérieure recouvre normalement la moitié supérieure du globe oculaire. Rétrécissement léger de la fente palpébrale à la commissure externe. Cils assez longs à la paupière supérieure, détruits complètement à la paupière inférieure par la *blépharite ciliaire*. Léger degré d'exophthalmie. *Strabisme* convergent des deux côtés, surtout prononcé à gauche ; pas de nystagmus. Iris brun foncé. Pupilles égales à réactions normales. Examen fonctionnel de l'œil impossible. — *Nez*, aplati, légèrement camard. Pas de déviation de la cloison. Odorat(?). — *Bouche* petite, toujours entr'ouverte ; lèvre supérieure proéminente. Langue normale. Palais, voile du

palais symétriques et normaux. Luette volumineuse. Amygdales hypertrophiées. Pas de tumeurs adénoïdes. Goût(?).— *Dentition* de lait complète, dents d'asssez bonne qualité, mais trop serrées et irrégulièrement placées. Articulation défectueuse. Les dents au lieu de s'entrecroiser se rencontrent en avant bout à bout, disposition très rares dans la dentition de lait. Les gencives en mauvais état, ulcérées et rouges à leur bord, permettent le déchaussement des dents.

Menton petit, avec une légère fossette. Pomemttes saillantes. — *Oreilles* creusées en forme de bâteau, la moitié supérieure forme avec la moitié inférieure un angle presque droit. Les replis à peine saillants font que le pavillon et la conque constituent une seule cavité. Le lobule assez volumineux est détaché. *Ouïe* normale.

Cou : circonférence 27 cm.; pas de goître, ni d'adénites. — *Thorax*, rien de particulier. — *Abdomen* souple, pas de hernies.

Membres supérieurs bien conformés et symétriques, ainsi que les *membres inférieurs*, sauf que le 3e orteil du pied gauche est légèrement en marteau.

Organes génitaux. Verge petite, *phimosis*, gland découvrable, léger *hypospadias*. Testicules égaux de la grosseur d'un pois. Scrotum assez développé. — Sensibilité au contact, à la douleur, à la température, normale. Réflexes normaux.

Mesures de la tête:

Juin 1891.

Circonférence horizontale maxima	46,2
Demi-circonférence bi-auriculaire	32,3
Distᵉ de l'art. occipito-atl. à la racine du nez	35,5
Diamètre antéro-postérieur maximum	16
— bi-auriculaire	10,5
— bi-pariétal	13,5
— bi-temporal	11,4
Hauteur médiane du front	6

Traitement : 3 bains salés par semaine. Exercer l'enfant à marcher, à se servir d'une fourchette, à se déboutonner, à devenir propre. Une cuillérée de sirop d'iodure de fer. — Traitement de la teigne : Vaseline iodée, lotion parasiticide au sublimé.

16 *octobre*. — Vacciné avec le vaccin de génisse. L'enfant présente 2 cicatrices anciennes à chaque bras. Pas de résultat (22 octobre).

23 *octobre*. -- Ouverture d'un *petit abcès* du cuir chevelu de la grosseur d'une noix.

4 *novembre.* — Ouverture d'un *nouvel abcès* de la région parotidienne. Pansements au sublimé. Guérison le 23 *novembre.*

1892. *Mars.* — État stationnaire de la *teigne* qui n'a aucune tendance à s'améliorer. Lotions au sublimé.

A cette époque l'enfant a fait de très sérieux progrès, dûs aux soins assidus que lui prodigue l'infirmière chargée du service des teigneux, Mme Grizard. Il se sert de mieux en mieux de la cuillère et mange seul assez proprement. Ses parents eux-mêmes ont remarqué les progrès notables qu'il a faits surtout pour la parole ; il a ajouté à son vocabulaire les mots : « du pain, pipi, popot, » qu'il dit pour exprimer ses différents besoins. Assis sur le vase et abandonné à lui même, il le fait glisser et accomplit ainsi le tour de la salle.

Avril. — S... marche presque seul et se promène sur le balcon du pavillon en se tenant aux barreaux. Il a ajouté aux quelques mots qu'il prononce, ceux-ci : « lui, jardin, à table. » Si on veut le faire parler lorsqu'il n'est pas disposé, il répond: « Peut pas. » Il envoie des baisers à ceux qui s'adressent à lui et lorsqu'on lui dit de chanter, il essaie de faire des roulades. Ces progrès vont en s'accentuant jusqu'au 22 juin, époque à laquelle il tombe malade.

22 *juin.* — L'enfant est faible, il a la diarrhée, tousse légèrement.

23 *juin.* — Pas de matité thoracique, mais à l'auscultation, râles muqueux dans toute la poitrine surtout nombreux à droite. T. R. 39°, 9. — *Soir* : T. R. 39°, 5. — Vésicatoire à droite, sirop d'ipéca.

24 *juin.* — Pas de modification notable dans l'état local. Anorexie. Etat général relativement bon. T. R. 39°, 6. — *Soir*: 39°,2.

25 *juin.* — Rien de particulier. T. R. 39°, 2. — *Soir* : 39°, 5. — Inhalations d'oxygène.

26 *juin.* — Les râles sont toujours aussi nombreux. — Abattement notable. Etat saburral de la langue. Bouche fuligineuse. Traces d'albumine dans les urines. T. R. 40°,1. — *Soir* : 36°, 5. Sirop d'ipéca.

27 *juin.* — L'enfant a vomi abondamment et sa diarrhée a augmenté. Sa physionomie s'est néanmoins améliorée. Il n'a plus d'albumine dans les urines. T. R. 38°, 5. *Soir* : T. R. 39°, 6.

28 *juin.* — Les signes sthétoscopiques restent les mêmes. L'enfant a encore vomi et a toujours un peu de diarrhée. *Poids* : 11 k, 100. T. R. 39°, 4. — *Soir* : 39°, 5.

29 *juin.* — T. R. 39°. — *Soir* : 38°, 2.

30 *juin.* — T. R. 38°, 9. — *Soir*: 39°, 3. Inhalations quotidiennes d'oxygène.

1er *juillet.* — Même état. T. R. 38°, 1. — *Soir* : 37°, 8.

2 *juillet.* — T. R. 39°, 6. — *Soir* : 39°, 4. Sulfate de quinine, 0 gr. 20.

3 *juillet.* — T. R. 39°, 3. — *Soir* : 39°, 2.

4 *juillet.* — T. R. 39°, 4. — *Soir* : 38°.

5 *juillet.* — A l'auscultation : râles nombreux, souffle léger du côté droit. Matité légère à la percussion de ce côté Rien à gauche. Une ponction exploratrice aseptique faite à droite ne donne aucun résultat. — Les lèvres sont fuligineuses, la langue est saburrale sans que cependant l'enfant ait l'aspect typhique en quoique ce soit. Il est pâle, mais répond comme jadis dans la mesure de ses moyens aux questions qu'on lui pose. Diarrhée. T. R. 39°, 4. — *Soir* : 38°. — *Traitement* : Suspendre la quinine; continuer les inhalations d'oxygène. 1/2 potion de Todd. Sous-nitrate de bismuth, 2 gr., lotions d'eau vinaigrée; lait.

6 *juillet,* — T. R. 38°, 2. — *Soir* : 38°.

7 *juillet.* — T. R. 39°, 7. — *Soir* : 38°, 4.

8 *juillet.* — T. R. 40°, 8. Sulfate de quinine, 0 gr. 30. — *Soir* : 38°, 2.

9 *juillet.* — T. R. 40°, 1. — *Soir* : 39°, 9,

10 *juillet.* — T. R. 39°, 7. — *Soir* : 38°, 7.

11 *juillet.* — Le poids de l'enfant est stationnaire. La température reste élevée sans qu'il y ait une modification appréciable de l'état général, ni des phénomènes pulmonaires. — T. R. 39°,9. — *Soir* : 39°, 3. — Suppression de la quinine.

12 *juillet.* — Même état, mais diarrhée plus intense. T. R. 39°, 1. — *Soir* : 38°, 6. — Même traitement, et de plus, salol : deux grammes.

13 *juillet.* — T. R. 39°, 6. — *Soir* : 38°, 3.

14 *juillet.* — T. R. 39°. — *Soir* : 38°, 7.

15 *juillet.* — T. R. 39°, 3. — *Soir* : 39°, 6.

16 *juillet.* — Aggravation manifeste, le *strabisme* est plus accentué. Nystagmus prononcé. L'enfant n'est plus gai, ne répond plus aux questions aussi facilement. *Diarrhée* assez abondante. Signes pulmonaires non modifiés. T. R. 38°, 7. — *Soir* : 38°, 3.

17 *juillet.* — Dyspnée très intense. Pâleur, vomissements. Diarrhée verte abondante. T. R. 38°, 5. Ventouses, sirop d'éther; potion avec acide lactiqne, 5 gr.

L'enfant meurt à 3 heures du matin. Son poids au moment

du décès est de 11 kilogr. La température rectale descend de 38°, 9 au moment du décès, à 36°, 7 un quart d'heure après, 36°, une heure après et à 34°, deux heures après; la température de la salle était de 22°.

Notons que bien que l'enfant n'ait reçu pendant sa maladie aucun soin de la tête plus assidu qu'autrefois, la teigne s'est notablement améliorée et était presque complètement guérie lors de son décès. Cette action d'une maladie fébrile sur une affection cutanée est d'ailleurs connue.

1891.

	Juin.	Décembre.
Poids........................	15 k. 500	12 k. 500
Taille	0 m. 86	0 m. 865

Autopsie faite le 19 juillet 1892, 40 heures après le décès.— *Tête.* Le *cuir chevelu* est amaigri et pâle. Les *os du crâne* sont minces. La *dure-mère* se détache facilement sur la moitié droite de la voûte, mais à gauche, au niveau de la *brèche osseuse*, résultant de la *crâniectomie*, il existe des *adhérences très résistantes* de la dure-mère à la calotte crânienne qui rendent délicate l'ablation de cette calotte. Des adhérences analogues avec le cuir chevelu existent en dehors au niveau de la cicatrice.

Calotte. La calotte parait légèrement asymétrique, mais cette asymétrie, est plus apparente que réelle. Cette apparence est le fait de l'incision osseuse faite à gauche. Une mensuration exacte démontre que les deux côtés du crâne sont presque parfaitement égaux. La forme générale de la calotte est régulièrement ovoïde à grosse extrémité occipitale. Les bosses pariétales sont très saillantes. Nous insisterons plus particulièrement sur la *grande minceur des os* qui offrent une épaisseur variant de 1 à 2 millimètres 1/2. L'occipital est particulièrement mince et présente latéralement des régions tranparentes. Des *plaques translucides* existent encore sur les pariétaux et sont surtout nombreuses à la région postérieure et inférieure. Les traces des vaisseaux méningés sont nombreuses et nettement accusées sur les pariétaux. Le *frontal*, un peu plus épais que les pariétaux, présente à sa région moyenne une bande transparente. Les *sutures*, finement dentelées, n'offrent nulle part *aucune trace de synostose*. La *suture fronto-pariétale*, très dentelée dans ses deux tiers inférieurs à droite et à gauche, devient presque rectiligne, surtout à droite, à 3 centimètres environ de la glabelle. Un petit

os wormien existe de chaque côté dans cette partie rectiligne. A la face interne cette scissure est sinueuse,mais n'offre pas de dentelures accentuées. Il n'y a pas de trace de la *suture métopique*. La *suture sagittale* finement dentelée dans ses deux centimètres antérieurs, offre sur un centimètre 1/2, 4 dentelures aiguës et profondes de 5 millimètres environ, puis, changeant de caractère, elle se continue en dentelures arrondies et irrégulières jusqu'au niveau du lambda. La *suture lambdoïde* est très contournée, ses dentelures sont fines et irrégulières. A droite, à 4 centimètres 1/2 du lambda, les dentelures s'exagèrent et forment deux petits *os wormiens* très irréguliers ayant un centimètre environ dans leur grande dimension qui est perpendiculaire à la suture. A la face interne, ces sutures sont moins contournées, les os wormiens signalés plus haut, apparaissent nettement, mais moins longs, plus larges et à bords moins déchiquetés. La *brèche osseuse*, due à la *crâniectomie*, située à gauche, est antéro-postérieure et s'étend sur le frontal et le pariétal. Elle forme avec la suture sagittale un angle, aigu à sinus postérieur de 25° environ. Cette brèche est en voie de réparation et les parties non ossifiées y sont recouvertes d'une membrane dépendant du périoste, s'étendant d'un bord à l'autre et transformée sur les bords en minces lamelles osseuses. Une partie ayant 32 millimètres de longeur, reste non ossifiée à la région frontale. Une région de 20 millimètres, complètement réparée, lui succède. Cette région croise la suture fronto-pariétale. *Son mode de réparation est des plus intéressant*; en effet, la soudure osseuse s'est effectuée sous forme de *suture à fines dentelures, analogues à celles de la suture qu'elle croise*. Une région de 16 millimètres, non réparée, lui fait suite et offre des bords assez réguliers ; cette région a 3 millimètres à sa partie la plus large ; 18 millimètres à peu près soudés complètement viennent ensuite; ici la soudure bien qu'un peu irrégulière n'offre pas de dentelures comme précédemment, mais elle n'est pas aussi complètement effectuée. Enfin durant 30 millimètres la brèche reste sans ossification. Elle offre là une largeur moyenne de 4 millimètres, présente sur ses bords de petits prolongements osseux minces et se termine par un cul-de-sac arrondi, à demi comblé par une jetée osseuse interne. A l'état frais cette partie non ossifiée était recouverte d'une *membrane ostéogène*, les prolongements osseux lamellaires des bords de la brèche en sont une preuve. *(Fig. 2)*.

La *base du crâne* est légèrement asymétrique, la fosse occipitale droite paraissant un peu plus développée que la gau-

che. — *Liquide céphalo-rachidien* assez abondant. — Les



Fig. 2.

artères de la base ne présentent pas d'anomalies de disposi-

tion. La vertébrale droite est cependant plus petite que la gauche.

Hémisphère cérébral droit	460 gr.
— — gauche	440 gr.
Cerveau	900 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	50 gr.
— — gauche	50 gr.
Bulbe et protubérance	10 gr.
Cervelet et isthme	110 gr.
Poids total de l'Encéphale	1010 gr.

Hémisphère cérébral gauche. — Le long de la *brèche osseuse* due à la *craniectomie*, il existe de *nombreuses adhérences* de la pie-mère à la dure-mère. La pie-mère présente aussi de nombreuses adhérences avec le cerveau sur les lobes temporal, pariétal et sur la face externe de F1 ; ces adhérences correspondent surtout aux parties en rapport avec la brèche crânienne de la crâniectomie. Le *lobe frontal* est bien développé, mais les plis de passage sont rares entre ses circonvolutions. Rien de particulier à noter sur F1 et F2, si ce n'est d'assez nombreuses *adhérences méningiennes*. F3, bien contournée, ne paraît pas aussi développée dans son tiers postérieur que dans ses autres parties. — Le *sillon de Rolando* est nettement accusé. — Traces d'adhérences sur le tiers inférieur de FA et de PA. — La *scissure de Sylvius*, large et profonde, laisse apercevoir le *lobule de l'insula* qui ne paraît pas altéré. Le *lobe pariétal*, le *pli courbe* offrent des lésions très accentuées et dues aux adhérences pie-mériennes. — La *scissure perpendiculaire externe* est très nettement marquée. Les *circonvolutions occipitales*, parallèles, peu contournées, présentent aussi de nombreuses adhérences. — Le *lobe temporal* a un aspect à peu près normal.

La *face interne* de l'hémisphère est saine en apparence dans sa plus grande partie. Des traces d'adhérences nombreuses existent à la partie antérieure de F1. Le *lobule paracentral*, l'*avant-coin*, le *coin*, la *circonvolution du corps calleux*, celle de l'*hippocampe*, le *corps calleux* lui-même semblent normaux. — Le *ventricule latéral* est un peu dilaté. — Aucune lésion macroscopique de la *couche optique*, du *corps strié*, ni du *pédoncule*.

Hémisphère cérébral droit. — L'hémisphère cérébral droit a une configuration analogue à celle du gauche. Comme sur ce dernier, les *scissures* sont nettement accusées, les *plis* de passage peu nombreux. L'enlèvement de la pie-mère se fait

facilement sur cet hémisphère. A peine note-t-on quelques adhérences à la partie inférieure du lobe pariétal surtout au niveau du pli courbe et sur la partie inférieure du lobe temporal. — La *face interne* est d'apparence absolument saine. — Le *ventricule latéral* est un peu dilaté. — Les *noyaux gris centraux* et le *pédoncule* ont un aspect normal.

Cervelet, bulbe, protubérance, rien de particulier. — *Moelle* (25 gr.), rien d'anormal à l'extérieur, ni sur des coupes.

Cou. — Pas de persistance du *thymus.* — *Corps thyroïde*: (10 gr.). *Larynx* et *trachée* : inflammation intense de la muqueuse.

Thorax. — *Péricarde* normal. — *Cœur* (125 gr.), plein de caillots (90 gr. vidé) n'offre aucune lésion. Pertuis ovalaire de 5 millimètres dans son grand axe ne pouvant être oblitéré par l'accolement de ses bords et représentant le trou de Botal. — *Plèvres* adhérentes surtout à droite et siège de fausses membranes peu consistantes. Leur surface irrégulière donne l'aspect de tartines beurrées. — *Poumon droit* (360 gr.) : il présente à sa base et à son sommet des points d'emphysème. Les lobes adhèrent entre eux. A la coupe, le tissu interstitiel est œdématié et l'on constate des nodules assez nombreux de *broncho-pneumonie.* — *Poumon gauche* (260 gr.). Lésions analogues mais moins marquées. Emphysème lobulaire cantonné au bord antérieur. Pas de traces de tubercules dans les poumons. — Engorgement des ganglions péri-rachéo-bronchitiques: plusieurs ont le volume d'une petite noix. Ces ganglions, à la coupe, ne sont pas caséeux et n'offrent pas de tubercules.

Abdomen. — *Foie* (735 gr.), volumineux, congestionné, légère dégénérescence graisseuse. *Voies biliaires* non oblitérées. — *Estomac, intestins :* pas de lésions. — *Rate* (35gr.), assez dure. — *Rein droit* (55 gr.), congestionné ; traces de trois *infarctus* anciens — *Rein gauche* (60 gr.), aussi congestionné ; nombreux infarctus à sa surface. *Capsules surrénales* normales. — *Pancréas*: (30 gr.), dur. — Ectopie inguinale du *testicule droit.* Le *testicule gauche* est au fond des bourses. Tous deux sont égaux et du volume d'un gros haricot. — La *vessie* est saine et sans calculs. — Le *péritoine* n'offre aucune lésion.

La cause de la mort est la *broncho-pneumonie.*

RÉFLEXIONS. — I. Autant qu'on peut en juger par les renseignements qui nous ont été fournis, les tares nerveuses chez les collatéraux seraient très peu nombreuses. L'influence héréditaire qui mérite surtout d'être relevée, c'est l'alcoolisme, du *père* et du *grand-père paternel* de l'enfant.

II. L'*idiotie complète* observée chez St... nous paraît être la conséquence des accidents survenus à l'âge de trois semaines, qui ont persisté jusqu'à la fin du troisième mois, ont laissé après eux un strabisme permanent, une occlusion des paupières, une inertie physique anormale et une obnubilation complète de l'intelligence et qui se sont traduits, au point de vue anatomo-pathologique, par une *méningo-encéphalite.*

III. Relevons, en passant, l'existence d'un *phimosis* et d'un *hypospadias*, l'oblitération imparfaite du *trou de Botal* et l'*ectopie testiculaire.*

IV. St..a été l'un des premiers enfants sur lesquels M. Lannelongue a pratiqué la *craniectomie*. L'*opération* a été faite le 22 juin 1890; elle a été suivie de «*convulsions épileptiques*», ce qui montre, soit dit en passant, qu'elle n'est pas aussi inoffensive que certains le prétendent. L'enfant est sorti à la fin de février 1891. Pendant son séjour à l'hôpital, il a été naturellement l'objet des soins les plus attentifs. Chirurgien, internes, surveillants, etc., se sont assurément beaucoup plus occupé de lui que ne pouvait faire sa mére chez elle. Eh bien, malgré celà, d'après la note même de M. Lannelongue et aussi d'après la mère de l'enfant, la situation était à peu près à la sortie de l'hôpital ce qu'elle était à l'entrée.

L'enfant nous est arrivé avec la teigne, c'est-à-dire dans des conditions fâcheuses car, au lieu de l'envoyer

à la *petite école*, nous avons dû le placer au *pavillon d'isolement*. Là, néanmoins, son vocabulaire s'est enrichi; sa physionomie s'est éclairée et son langage par signes est devenu plus expressif. La compréhension était plus vive. Enfin, St.. faisait des progrès incontestables au point de vue de la *marche*. Le *traitement médico-pédagogique*, bien qu'il ait été entravé considérablement par la nécessité de maintenir l'enfant au pavillon d'isolement, a donné, pendant son année de séjour dans le service, des résultats supérieurs à ceux du *traitement chirurgical*.

V. St.. ayant succombé à une broncho-pneumonie, nous avons pu examiner son *cerveau* et son *crâne*,

L'*hémisphère cérébral gauche* était le siège de lésions de *méningo-encéphalite*, disséminées un peu partout, mais prédominant sur la face convexe. A ces lésions anciennes qui répondent aux symptômes que nous avons décrits, se sont ajoutées : 1° des lésions de la dure-mère qui adhéraient très fortement à la brèche osseuse; 2° des lésions méningitiques (adhérence de la dure-mère à la pie-mère), dues, les unes et les autres, à l'intervention chirurgicale.

L'*hémisphère cérébral droit*, qui pesait 20 grammes de plus que le droit, n'offrait que des lésions méningo-encéphaliques très circonscrites ce qui autorise à penser que l'enfant avait des chances de survivre et de s'améliorer au moins dans une certaine mesure.

L'existence d'une *méningo-encéphalite* nous semble déjà plaider contre l'utilité de la craniectomie. L'examen du crâne fournit, de son côté, des arguments tout-à-fait décisifs.

En effet, *toutes les sutures* étaient indemnes de synostose et interrompues par des *os wormiens*. *Les parois du crâne étaient très minces et parsemées de plaques translucides*. Elles étaient par conséquent

extensibles et n'opposaient pas de résistance à l'accroissement du cerveau.

VI. Signalons, enfin, la réossification rapide de la brèche osseuse et surtout le mode de réossification par la formation de *dentelures engrenées tout à fait semblables* celles des *sutures normales* (*Fig.* 2).

XI.

Idiotie symptomatique de sclérose atrophique de l'hémisphère cérébral gauche et de méningo-encéphalite de l'hémisphère droit;

PAR BOURNEVILLE ET NOIR.

SOMMAIRE. — *Père: convulsions de l'enfance, nerveux, sujet à des céphalalgies. — Grand-père paternel: migraineux. — Grand'mère paternelle rhumatisante, crises de nerfs. — Arrière-grand-père paternel mort d'hémorrhagie cérébrale. — Arrière-grand'mère paternelle morte d'un cancer utérin. — Grand-oncle paternel mort tuberculeux. — Grand' tante et cousins paternels morts de convulsions. — Mère: céphalalgies, mélancolie. — Arrière-grand-père maternel, suicidé. — Frère, convulsions et méningite. — Sœur, convulsions avec hémiplégie transitoire. — Pas de consanguinité. — Égalité d'âge.*

Premières dents à 4 mois. Dentition complète à 3 ans 1/2. Peur à six mois suivie de convulsions courtes et répétées. prédominant dans tout le côté droit. — Hémiplégie droite à 11 mois, compliquée de contracture. — Tic particulier des membres du côté droit à 18 mois. — Déviation du rachis. Rougeole à 11 mois (?). Bronchite à 15 mois. Tic de la face. Succion, bave, cris gutturaux. — Hémiplégie droite avec contracture, épilepsie spinale. — Tic du pied gauche. — Phimosis. — Rougeole; Mort.

AUTOPSIE: *Plagiocéphalie trés prononcée. — Développement et épaississement plus grand de la moitié droite du crâne. — Absence de synostose. — Diminution de calibre des artères de la moitié gauche du cerveau. — Atrophie de la bandelette optique, du pédoncule cérébral, du tubercule mamillaire gauches. — Sclérose atrophique de l'hémis-*

phère cérébral gauche. — Méningo-encéphalite de l'hémisphère cérébral droit.

Hug... (Georges), né à Paris, le 21 mars 1888, est entré à Bicêtre, le 2 novembre 1888 (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. — (Renseignements fournis par le père et la mère de l'enfant le 9 *novembre* 1892.) — *Père*, 69 ans, employé à la Compagnie d'Orléans; il a eu des convulsions de l'enfance et est sourd à droite depuis sa naissance. Il fit, étant en bas âge, une chûte sur la tête qui n'a pas amené d'accidents consécutifs. Il est actuellement sujet à des céphalalgies assez fréquentes, à apparition irrégulière, se manifestant surtout au niveau des yeux et s'amendant après le repos. Ces céphalalgies n'ont pas le caractère de la migraine. Il ne présente aucune autre tare nerveuse ou arthritique, n'est pas alcoolique, fume très peu. Rien ne nous permet de penser qu'il ait pu contracter la syphilis. Petit, brun, maigre, il offre une physionomie assez expressive. Il serait irritable, violent, coléreux. — [*Père*, 65 ans, artiste peintre, sobre, aurait de fréquentes *migraines*, est doux de caractère. Il a, lorsqu'il est très ému, une sorte de bégaiement. — *Mère*, 63 ans, rhumatisante, très nerveuse, aurait eu à diverses reprises *des crises de nerfs* qu'elle a toujours cherché à dissimuler. — *Grand-père paternel*, mort d'une *hémorrhagie cérébrale* à 54 ans. — *Grand'mère paternelle*, morte à 38 ans, d'un *cancer utérin*. — Arrière-grand-père paternel, mort à 84 ans. — Arrière-grand'mère paternelle, morte à 74 ans. — *Grand-père maternel*, mort à 77 ans, d'accident, était petit et maigre, mais bien conservé et vigoureux. — *Grand'mère maternelle*, morte à 28 ans, en couches, « de chagrin, dit-on. » — Un *oncle paternel* est mort à 57 ans, *tuberculeux*, il était fort, intelligent; il a eu deux enfants, morts à 4 ou 5 ans, un d'eux aurait eu à sa mort de nombreuses convulsions. — Un second *oncle paternel* disparut à la guerre de Crimée. — Une *tante maternelle* mourut à 3 ans de *convulsions*. — Une *sœur*, 41 ans, est bien portante ainsi que ses cinq enfants; jamais de convulsions. — Pas d'idiots, d'aliénés, d'épileptiques, de paralytiques, de difformes, de bègues, de sourds-muets, de suicidés, ni de prostituées dans la famille.]

Mère, 39 ans, couturière, n'a jamais été malade et n'accuse aucun accident nerveux, ni arthritique; cependant depuis la naissance de son enfant, elle est sujette à des *céphalalgies*,

ayant leur maximum d'intensité localisé au sommet de la tête. Ces céphalalgies qui n'ont aucun des caractères de la migraine, s'exacerbent au moment des règles. Au physique, la mère est une femme forte, robuste, brune, n'ayant pas l'aspect des névropathes ; elle prétend être d'un caractère triste et mélancolique. — [*Père*, 73 ans, travaille encore dans un chantier de bois, est sobre et jouit d'une bonne santé. — *Mère*, morte à 74 ans, à la suite d'un long séjour au lit, déterminé par une entorse, toujours bien portante jusqu'alors, un peu coléreuse. —*Grand-père paternel*, mort à 74 ans d'une gastrite (?), vigneron, très sobre. — *Grand'mère paternelle,* morte à 68 ans, d'accident ; robuste. — *Grand père maternel*, mort à 55 ans : il *s'asphyxia* à la suite de mauvaises affaires commerciales : il n'avait auparavant dénoté aucun trouble psychique. — *Grand' mère maternelle*, morte à 88 ans. — *Oncles* ou *tantes paternels* : tous ont atteint un âge avancé, sauf un oncle mort à 23 ans, par accident. Une *tante maternelle* morte en bas âge, à la suite d'un mauvais allaitement : sa mère, malgré le trouble causé par le suicide de son mari avait continué de la nourrir. — Un *frère*, tué à 29 ans, à la guerre de 1870. Un autre *frère*, (43 ans) et une *sœur* (41 ans) sont bien portants, intelligents et sobres. — Dans le reste de la famille, ni idiots, ni aliénés, ni épileptiques, etc.] — Pas de consanguinité (père, parisien, mère, bourguignonne). — Egalité d'âge.

Trois *enfants* : 1° garçon, 12 ans, a eu des *convulsions* très fortes étant petit et à 5 ans 1/2, il aurait été atteint de *méningite ;* aucun trouble n'aurait succédé à cette affection, il apprend à l'école ; — 2° fille, 7 ans, *convulsions* au moment de la dentition. Elle fut à la suite *paralysée* durant deux mois *du côté droit*. Au cours de sa maladie, elle présenta des symptômes analogues à ceux de notre malade, mais comme elle savait déjà parler et marcher, elle put, selon ses parents, continuer à développer son intelligence. Longtemps gauchère, elle est actuellement ambidextre. Très vive, très éveillée, trop avancée pour son âge; ses parents inquiets de sa santé ne l'ont pas mise en classe sur le conseil d'un médecin ; 3° notre malade.

Notre malade.— Lors la *conception* la mère venait de sevrer sa fille et était très fatiguée. Rien de particulier durant la *grossesse*, sauf une chûte au 7me mois qui ne fut accompagnée d'aucun accident. — L'*accouchement* à terme, fut normal. Le travail dura trois heures. — Pas d'asphyxie à *la naissance ;* pas de circulaire du cordon : il était robuste

et pesait 4 kgr. 500 environ. Allaité au biberon avec du lait de vache, il fut sevré en partie à 6 mois et but du lait comme aliment principal jusqu'à trois ans. Sa première dent apparut à 4 mois; sa dentition était complète à 3 ans 1/2. A 9 mois, époque où il commençait à se tenir seul debout, il fut pris de *convulsions*. Tout le corps fut secoué par une sorte de tremblement qui dura une demie heure environ; puis il fut pris de grands sursauts « comme s'il avait peur. » Ces sursauts qui parfois manquaient durant deux jours, survenaient souvent par crises de 5 ou 7; en même temps, les yeux se convulsaient, « on ne voyait que le blanc. » Les parents attribuent ces soubresauts à la frayeur causée par le passage subit d'une locomotive au voisinage de l'enfant. Le côté droit actuellement *paralysé* était le siège des mouvements convulsifs des plus violents. Depuis les premières convulsions, la main droite avait de la tendance à se mettre en supination et en demi-flexion. A 11 mois, la main fut prise de *contracture*, les doigts se fléchirent et on ne pouvait les allonger. Les parents racontent qu'à ce moment « il perça les dents de l'œil. »

Petit à petit, dit-on, *tout le côté droit fut paralysé*, on remarqua une diminution de longueur de la jambe droite mais l'on ne nota pas alors d'asymétrie faciale. Vers 18 mois, on remarqua chez l'enfant un *tic* consistant en mouvements rapides du pied et de la main gauches se reproduisant pendant assez longtemps. Une *déviation de la colonne vertébrale* nécessita alors le séjour dans un appareil, ce qui lui fit perdre l'habitude de ce tic (?) qui néanmoins se reproduisait lorsqu'il était énervé. Ce tic parait être survenu spontanément, personnne ne lui aurait appris à imiter ces gestes. — L'intelligence de l'enfant était presque nulle. Gâteux complet, il semble avoir conscience de son état lorsqu'il s'est sali, car il pousse alors des cris. Il est vorace, mâche et digère bien les aliments. Il n'aurait jamais eu de vers intestinaux.

Aucun accident scrofuleux. Comme autres antécédents pathologiques, notons la *rougeole* à 11 mois et une *bronchite* à 15 mois; aucun accident nerveux spécial n'a été constaté durant ces maladies. H.. n'est pas vacciné. Le tic décrit plus haut existe actuellement, il s'accompagne lorsque l'enfant est en colère de mouvements des lèvres, et du bruit brrr...brrr.. Il se mordille parfois les doigts et suce tout ce qu'on lui présente. Il ne reconnait personne, et ne peut pousser que des cris gutturaux. Le sommeil est bon.

État actuel (*10 novembre* 1892). — L'enfant dont l'état

d'adiposité est médiocre a l'air maladif. Ses cheveux sont ternes, laineux, le tourbillon postérieur est irrégulier. Le *crâne*, asymétrique, offre un développement de la bosse pariétale gauche plus accentué que celui de la droite qui est aplati ; le *front* est inversement bombé à droite ; en un mot, il y a une *plagiocéphalie* accentuée. L'occiput est un peu saillant. — La *face* parait légèrement prognathe. Les arcades sourcillières sont peu développées et recouvertes de poils rares. Les orbites sont creux, les paupières bridées sont garnies de cils assez longs. La cornée et la conjonctive n'offrent rien de particulier. L'iris est vert-jaunâtre et assez pâle ; les pupilles ont les réactions normales. Ni strabisme, ni nystagmus, ni exopthalmie, pas de troubles de la motilité oculaire. L'examen de l'acuité visuelle et de l'étendue du champ de la vue est impossible. — Le *nez*, droit, est régulier. Les narines regardent en bas, il n'y a pas de déviation de la cloison et la fonction de l'*odorat* parait normale (?). — La *bouche* est grande et horizontale, les lèvres assez volumineuses. Les dents bien implantées sont courtes et espacées. Le palais, le voile du palais, les amygdales, la luette, n'offrent rien d'anormal. — La *langue* est actuellement saburrale, le pharynx rouge vernissé. Le *goût* est peu développé. — Le *menton* est moyen et le maxillaire inférieur est nettement en retrait sur les supérieurs. — Les *joues* sont larges, charnues, colorées, il n'y a pas d'asymétrie des plis naso-labiaux. — Les *oreilles*, bien faites, ourlées, offrent une conque profonde et un lobule détaché. L'*ouïe* semble bien développée.

Le *membre supérieur droit* est *contracturé*. L'avant-bras est en demi-flexion sur le bras. La main en pronation est déviée sur le bord cubital. Le pouce est en adduction et les autres doigts repliés sur lui. Le *membre supérieur gauche* est normal. Les ongles sont bien implantés aux deux mains.

Le *membre inférieur droit* est le siège d'une *contracture* intense. La cuisse est en demi-flexion sur le bassin, la jambe en demi-flexion sur la cuisse, le pied en position normale. Si on essaye de fléchir le pied droit, l'on produit la *trémulation épileptoïde* du membre, phénomène qui, provoqué deux ou trois fois, cesse de se manifester. La contracture de ce membre est incomplète car parfois l'enfant seul étend presque complètement la jambe. — Le *membre inférieur gauche* n'est le siège d'aucune contracture. On ne provoque pas sur lui de trémulations épileptoïdes, mais il offre un *tic* tout particulier. Ce tic consiste en ce que le pied en adduction avec rotation en dedans considérable, frappe rapidement la partie antérieure

de la jambe gauche ou le genou. Souvent, en même temps, la main gauche est animée de mouvements de va et vient rhythmiques, isochrones à ceux du pied. En même temps, on observe parfois chez l'enfant de grands mouvements expiratoires durant lesquels il pousse un grognement guttural (errrre) très désagréable. La position qu'il imprime à son pied pour produire ces mouvements habituels ont amené une sorte de subluxation de l'articulation tibio-tarsienne gauche, de sorte que de prime abord, on le croirait atteint d'un pied bot équin valgus qui disparaît facilement lorsqu'on met le pied à plat. Notons en même temps que l'enfant présente toutes les 5 ou 10 minutes une sorte de secousse tonique tétaniforme très rapide des muscles du tronc et des membres.

Le *thorax* est aplati latéralement, bombé en haut et en avant. — L'*abdomen* n'offre rien à signaler. — Les *organes génitaux* sont bien développés ; la verge a 2 centim. de long sur 2 cent. de circonférence ; *phimosis* irréductible. Les testicules dans les bourses sont du volume d'un petit haricot. — Région anale saine. Petite cicatrice au niveau du coccyx.

10 *novembre*. — L'enfant qui depuis le 5 novembre est malade à l'Infirmerie est envoyé au pavillon de l'isolement. Depuis le 5 novembre (4me jour de son entrée), Hug... a de la fièvre, la température s'est élevée graduellement jusqu'à 39°. Il offre l'aspect typhoïde : narines pulvérulentes, bouche fuligineuse, langue très saburrale, pharynx rouge et sec, toux rauque. Râles sous-crépitants très fins des deux côtés, surtout à droite. Ni coryza, ni conjonctivite. Il dort couché sur le côté droit. Hier a paru une éruption de taches lenticulaires et rosées. Cette éruption a débuté sur les fesses où elle est confluente, puis elle a gagné la face interne des cuisses où elle est actuellement très développée. Elle a ensuite envahi tout le pourtour du cou, la partie antérieure de l'abdomen et du thorax où elle est discrète. Les membres supérieurs sont indemnes. Le menton, le front, le cuir chevelu sont couverts de ces taches. Elles sont de la grosseur d'un grain de mil, roses, légèrement agminées au centre ; elles s'effacent par la pression. Leur nombre augmente très rapidement et durant l'examen de l'enfant, elles paraissent se multiplier. La face externe du bras droit est le siège d'une plaque érythémateuse, disparaissant à la pression, de 7 à 8 cent. de long sur 3 de large. Pas de diarrhée. — *Traitement* : Sirop d'ipéca ; ventouses sèches sur toute la poitrine ; potion de Todd.

11 *novembre*. — T. R. matin 40°, 4. Respiration embarrassée.

Symptômes stéthoscopiques stationnaires. L'éruption a pâli. Diarrhée assez abondante.

12 *novembre.* — La diarrhée n'a pas persisté. État général toujours grave. 54 mouvements respiratoires par minute. Affaissement général, pouls filiforme, visage abattu, yeux cernés, somnolence. Il n'a pas de secousses trépidatoires ni de tics ; il reste inerte, le pied gauche appuyé sur la jambe droite. L'examen des urines est impossible, vu le gâtisme continuel de l'enfant. T. R. 39°, 3. — *Traitement :* Ventouses. Potion de Todd ; sirop d'éther.

14 *novembre.* — Dyspnée profonde. Extrémités froides et violacées. T. R. 37°, 4. *Traitement :* Inhalations d'oxygène. 1/2 potion de Todd, 1 cuillérée de sirop d'éther.

15 *novembre.* — L'enfant est mort le 14 *novembre* à 2 heures du soir. Les parents nous racontent que l'enfant est sorti de l'hôpital Trousseau le 31 octobre, est passé de là à l'Asile Clinique, où il est resté 2 jours avant de venir à Bicêtre. Il est donc probable qu'il a contracté à l'hôpital Trousseau les germes de la rougeole à laquelle il a succombé.

Mensurations : 1° Tête.

Circonférence horizontale maxima	45,5
Demi-circonférence bi-auriculaire	31
Distance de la protubérance occipitale à la racine du nez	32,5
Diamètre antéro-postérieur maximum	15,5
— bi-auriculaire	11
— bi-pariétal	13,5
Hauteur médiane du front	5

2° *Membres supérieurs.*

	Droit.	Gauche.
Circonférence au niveau de l'aisselle	15	15
— à 10 cent. au-dessus de l'olécrâne.	13	14
— à 10 cent. au-dessous de l'olécrâne	11	13
— au niveau du poignet	9, 2	10
— — du métacarpe	11	12
Distance de l'acromion à l'olécrâne	15	14
— de l'olécrâne à l'ap. styloïde du cubitus	13, 5	15
Distan. du cubitus à l'extrémité du médius	9, 2	11

3° *Membres inférieurs.*

	Droit	Gauche
Circonférence au niveau de l'aîne	24, 5	27
— à 10 c. au-dessus de la rotule	20	23
— à 10 c. au-dessous de la rotule	15, 5	17, 5
— au niveau du cou-de-pied	11, 2	11, 2
— à la partie moyenne du pied	13	13

Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne articulaire du genou.......	24, 5	25
— de cet interligne à la malléole externe	17	19
de la malléole externe à l'orteil médian.........	10	11

T. R. au moment de la mort, 39°, 5; — un quart d'heure après, 38° ; — une heure après, 37°, 4 ; — deux heures après, 36°, 3. La température de la salle a oscillé pendant ce temps entre 21° et 20° (1).

AUTOPSIE (faite 43 heures après le décès). *Tête.* — Le *cuir chevelu* est peu adipeux. La *calotte* de crâne est très mince; toute sa *moitié droite a une épaisseur moitié moindre que la gauche.* Les zones de transparence y sont nombreuses, surtout au niveau de la partie postérieure du pariétal droit et de la partie supérieure et droite de l'occipital. Transparence encore très marquée dans la région de la fontanelle antérieure, le long des sutures et à la partie médiane du front sur une surface d'environ 2 cm.q. A gauche, les régions pariétale postérieure et occipitale supérieure sont encore transparentes, mais moins qu'à droite. Le crâne est parsemé, surtout au niveau de ses parties opaques, de petits traits noirs, de quelques millimètres, produisant absolument l'aspect que donne une épine enfoncé dans l'épaisseur de la peau. Il est aisé de se rendre compte que l'origine de cette particularité est la coagulation du sang dans les canaux du diploé. Les vaisseaux méningiens ont marqués sur les pariétaux des sillons très peu accentués. Pas de traces de la suture métopique. Les *sutures fronto-pariétales* et *sagittale* sont finement dentelées et presque rectilignes au niveau de leur union. La suture sagittale laisse voir à son tiers postérieur une partie rectiligne de 2 centimètres environ, située au fond d'une légère dépression; elle se continue, en formant toujours une légère gouttière jusqu'à la suture lambdoïde et montre dans sa dernière partie des dentelures très accentuées et très contournées. Il en est de même de la *suture lambdoïde.* Sur tout le trajet de ces sutures, on ne note *aucune trace de synostose.*

L'aspect général du crâne est caractérisé par une *asymétrie considérable. Tout le côté droit,* dont nous avons signalé la plus grande épaisseur ,*est beaucoup plus développé et plus saillant que le gauche.* La *base du crâne* est également asy-

(1) Cette étude de la température du corps après décès, que nous poursuivons plus longtemps, nous paraît constituer un moyen certain de diagnostic entre la *mort réelle* et la *mort apparente.*

métrique ; elle est beaucoup plus développée à droite et parait tordue autour de son axe antéro-postérieur, qui au lieu d'être rectiligne serait convexe à droite. En résumé, il y a une *plagiocéphalie* des plus accentuées.

La *dure-mère* offre comme unique particularité, trois paquets d'adhérences qui l'unissent à la pie-mère et cèdent facilement. *Toutes les artères* de la base qui correspondent à l'hémisphère gauche sont considérablement atrophiées. La sylvienne gauche surtout, réduite à un mince cordon, contraste avec la droite qui parait normalement développée. La communicante antérieure très longue semble tiraillée et tendue par le développement de l'hémisphère droit, ou la rétraction de l'hémisphère gauche atrophié. Les *nerfs* de la base sont sensiblement égaux. La *bandelette optique* gauche est notablemen- plus petite que la droite.

Hémisphère cérébral droit		460 gr.
Hémisphère cerébral gauche		200 gr.
Poids du cerveau		660 gr.
Hémisphère cérébelleux droit		55 gr.
Hémisphère cérébelleux gauche		65 gr.
Bulbe et protubérance		10 gr.
Cervelet et isthme		130 gr.
Poids de l'encéphale		790 gr.
Liquide céphalo-rachidien écoulé		75 gr.
Hémisphère cérébral droit	long.	165 m.
	larg.	110 m.
Hémisphèrre cérébral gauche	long.	145 m.
	larg.	95 m.

Hémisphère cérébral gauche. — *Face convexe.* — La décortication est relativement facile et la *pie-mère*, bien que trés vascularisée s'enlève sans arrachement de la substance grise. Cet hémisphére est le siège d'une *sclérose atrophique* des plus accentuées et s'étendant sur sa totalité. Les circonvolutions sont très petites et déprimées; tous les sillons et les scissures sont béants et profonds. La *scissure de Sylvius*, large, laisse apparaître le *lobule de l'insula* à surface irrégulière, mais ne rappelant en rien les circonvolutions de l'état normal. Le *sillon de Rolando* est très net et n'offre aucune particularité. — Le *lobe orbitaire* est déprimé et atrophié. F^1, bien que considérablement sclérosée, n'offre pas de lésion aussi intense que F^2 et F^3. Ces circonvolutions, assez contournées et parallèles, n'ont pas entre elles de plis de passage. La sclérose atrophique va graduellement en s'exagérant de F^1 à F^3 et d'avant en arrière, de sorte que, pour le lobe frontal,

le maximum de la lésion est au tiers postérieur de F^3. — FA est considérablement sclérosée, elle présente à sa partie toute supérieure au moment où elle se perd dans le lobule paracentral une sorte *d'atrophie kystique*, lésion que nous retrouverons plus accentuée dans le lobe pariétal et sur la description de laquelle nous insisterons plus loin. — *Sclérose atrophique* de PA dans toute son étendue, surtout à son tiers supérieur. Le *lobe pariétal* et la partie postérieure du *lobe temporal* présentent une lésion toute particulière. Ils forment une zone en entonnoir, où l'altération va en s'accentuant de la périphérie au centre qui est au niveau du pli courbe. La pie-mère très vascularisée sur tout cet hémisphère présentait à ce point un aspect ecchymotique. Cette zone offre, sur sa périphérie, une sclérose atrophique plus accentuée mais analogue à celle des parties voisines. A son centre, les circonvolutions ont un aspect gélatineux, kystiforme. On dirait que la substance grise est séparée de la substance blanche. Ces circonvolutions sont flétries et forment une excavation en entonnoir dont la partie centrale, la plus profonde et la plus altérée, est un peu au-dessous du pli courbe sur le trajet de la seconde circonvolution temporale (T^2).

Les *lobes temporaux* et *occipitaux* sont fortement altérés, toutefois, T^3 offre un aspect à peu près normal. (PL. XII).

Face interne. — *Sclérose atrophique* considérable de F_1 et du lobule paracentral. Avant-coin, moins altéré. — Coin, très sclérosé dans sa moitié inférieure. Circonvolution du corps calleux atrophiée surtout dans son tiers antérieur. *Lobe temporo-sphénoïdal* bien moins atrophié. Altération très accusée du *corps calleux* sur toute son étendue. — *Ventricule latéral* dilaté. — *Corps strié* et *couche optique* peu volumineux mais ne paraissant pas altérés. — *Tubercule mamillaire* et *pédoncule cérébral*, notablement moins développés qu'à droite. Les lésions de cet hémisphère peuvent se résumer dans ces mots : *atrophie, induration, blancheur.* (PL. XIII).

Hémisphère droit. — *Face convexe.* La décortication est très difficile, la pie-mère très adhérente entraine de grands lambeaux de substance grise. Les *circonvolutions frontales* sont volumineuses contournées et n'ont que de rares plis de passage. Adhérences nombreuses au tiers moyen des circonvolutions frontales et au niveau du lobe orbitaire. — FA et PA sont sans lésions. — Le *lobe pariétal* est déprimé et porte les traces de nombreuses adhérences sur sa partie antérieure et

surtout au niveau du pli courbe. Il en est de même à la partie postérieure de T^1 et de T^2. — Le *lobule de l'insula* est très développé et d'apparence normale. (Pl. xiv).

Face interne Aucune lésion apparente de F^1, du lobule paracentral, de l'avant-coin, du coin, ni du lobe temporo-sphénoïdal. — Le *corps calleux*, sa circonvolution et le *ventricule latéral* n'ont rien d'anormal. — Le *corps strié*, la *couche optique* et le *pédoncule cérébral* sont très développés. L'*hémisphère droit* présente dans son ensemble une *consistance molle* qui contraste singulièrement avec l'*induration* du côté opposé.

Les lobes du *cervelet* paraissent sains, mais le gauche est plus volumineux que le droit et pèse 10 grammes de plus que lui.

La *protubérance* semble saine. Dans le *bulbe*, au niveau de l'olive, la *pyramide antérieure gauche* est considérablement atrophiée et est remplacée par une petite bandelette grise formant une sorte de fossé ; il en résulte que l'olive gauche semble plus volumineuse que la droite. *(Dégénération secondaire)*.

La *moelle* offre une diminution nette de sa partie droite, néanmoins, il est difficile sur une coupe fraiche de se rendre bien compte de la dégénération du faisceau pyramidal droit.

Cou. — *Larynx, corps thyroïde* (10 gr.), rien de particulier. Pas de traces de *thymus.*

Thorax. — *Poumon droit* (130 gr.). Adhérences nombreuses mais peu résistantes des plèvres pariétales et viscérales. Emphysème interstitiel considérable des deux lobes supérieurs ; atélectasie du lobe inférieur. Les bronches, sur une coupe, laissent sourdre à la pression des gouttelettes muco-purulentes. Petit foyer *caséeux* circonscrit à la partie antérieure de la base ; dépression cicatricielle assez étendue du sommet ; ganglion interbronchique caséeux présentant le volume d'une petite noix. — *Poumon gauche* (125 gr.). Pas d'adhérences ; emphysème interstitiel et lobulaire au lobe supérieur surtout en avant ; atélectasie du lobe inférieur. *Cœur* (80 gr), pas d'anomalie, trou de Botal oblitéré.

Abdomen. — *Foie* (440 gr.), adhérence intime de sa face convexe au diaphragme ; légère dégénérescence graisseuse ;

voies biliares, rien de particulier. *Pancréas* (35 gr.), assez dur. *Rate* (35 gr.), petite, quelques épaississements de la capsule. — *Reins* : gauche (70 gr.), droit (55 gr.). Rien de particulier. *Vessie*, pas de calculs. — *Estomac* et *tube intestimal*, rien.

La cause de la mort a été la *broncho-pneumonie* qui a compliqué la rougeole.

Réflexions. — I. Les tares nerveuses de la famille tant du côté du père que de la mère sont suffisamment nettes pour expliquer la prédisposition aux accidents cérébraux des trois enfants issus de ce mariage.

II. A 9 mois, H.. a été pris de *convulsions* prédominant dans le *côté droit*, se reproduisant plusieurs fois, et suivies d'une *hémiplégie droite* qui se serait aggravée progressivement et se serait compliquée de *contracture*, deux mois après le début, et d'*épilepsie spinale*. Bien que les détails sur les convulsions soient incomplets, leur existence, leur prédominance dans tout le côté droit, l'hémiplégie droite avec contracture et la trépidation épileptoïde avaient fait penser que l'*idiotie* était symptomatique d'une *sclérose atrophique* de l'*hémisphère cérébral gauche*, compliquée d'une *dégénération secondaire*.

III. Nous avons toujours soin dans nos observations de décrire les *tics* des malades. On sait qu'ils offrent de très grandes variétés : mouvements divers des muscles de la face et des yeux, grimaces de toutes sortes ; mouvements alternatifs d'allongement et de retrait de la langue ; balancement de la tête et du tronc, rotation de la tête ; attitudes diverses du corps se répétant régulièrement, écholalie, échokinésie ou répétition d'un mouvement éxécuté devant l'enfant, etc., etc. Mais, nous n'avions jamais observé un tic analogue à celui de Hug... Son tic (p. 135 et 136) se

manifestait dans le côté non paralysé : le pied en adduction avec rotation forcée en dedans, frappait rapidement la partie antérieure de la jambe gauche ou le genou. En même temps et souvent, la main gauche était animée de mouvements de va et vient rhytmiques et isochrones à ceux du pied. Parfois ces mouvements des membres supérieurs et inférieurs du côté gauche étaient accompagnés de grands mouvements respiratoires durant lesquels l'enfant faisait un grognement guttural très désagréable (1).

IV. D'après les parents, l'enfant aurait eu la *rougeole* à onze mois. Est-ce bien exact ? Nous n'oserions l'affirmer, faute de renseignements précis. Quoiqu'il en soit, il paraît avoir contracté cette maladie, à laquelle il a succombé, durant son séjour à l'hôpital des Enfants-Malades. L'habitude que nous avons de placer en observation, à l'infirmerie, pendant cinq jours, les enfants qui nous arrivent et de faire prendre leur *température* matin et soir, nous a permis d'avoir un *tracé complet de la température de la période prodromique de la rougeole.* Les particularités qu'elle présente sont suffisamment mises en relief par la *figure* 3 pour que nous ayons besoin d'y insister.

V. Le *crâne* offre des caractères très curieux. Il n'y a pas d'ossification prématurée et par conséquent une *intervention chirurgicale* n'aurait pas été justifiée. La *moitié droite* est notablement plus développée que la moitié gauche. Les os correspondants ont une épaisseur moitié moindre que du côté gauche ; ils présentent des zones de transparence plus larges et plus nombreuses que les os correspondants du côté gauche.

(1) La plupart des tics sont, comme ici, compliqués de bruits offrant une grande diversité et difficiles à bien décrire.

VI. Ces différences entre les deux moitiés du crâne correspondent à des diff rences très tranchées des deux *hémisphères cérébraux*.

A GAUCHE, nous trouvons une *sclérose atrophique* intéressant presque tout l'hémisphère, se traduisant par une diminution de poids de *deux cents* grammes; — 2° un *arrêt de développement* des *artères cérébrales*; — 3° une *atrophie* de la *bandelette optique*, du

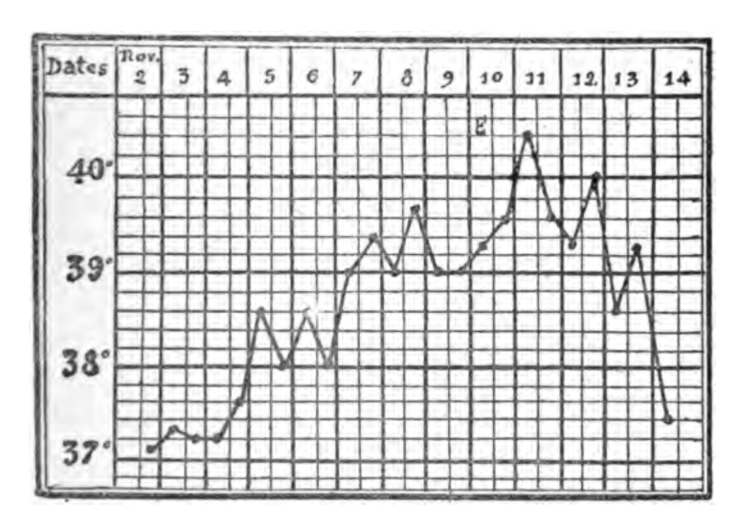


Fig. 3. — Rougeole. — E, éruption.

tubercule mamillaire et du *pédoncule cérébral*.

A DROITE, nous avons découvert une *méningo-encéphalite* à peu près généralisée de toute la face convexe de l'hémisphère, mais aucun foyer de sclérose. Rien dans les renseignements fournis par la famille ne permettait de penser à cette lésion et, d'autre part, l'enfant a fait un trop court séjour dans le *service* pour qu'une observation attentive ait pu nous mettre sur la voie.

La *méningo-encéphalite* nettement limitée d'un hémisphère, la *sclérose atrophique*, non moins nettement circonscrite à l'autre, constituent une véritable exception. Ajoutons que ces deux lésions du cerveau, pas plus que l'état du crâne, ne pouvaient être sérieusement modifiées par la *crâniectomie*.

XII.

Idiotie congénitale; double crâniectomie; tuberculose pulmonaire;

PAR BOURNEVILLE ET DAURIAC.

SOMMAIRE. — *Père sujet à des céphalalgies fréquentes. Grand-père paternel, mort probablement d'une affection de l'estomac. — Grand'mère a eu trois attaques de congestion cérébrale sans paralysie; céphalalgies fréquentes; caractère très violent. — Grand-oncle paternel, alcoolique. — Tante paternelle, morte de la poitrine. — Autre tante paternelle, morte de méningite et de phtisie. Autre tante paternelle, sujette à des céphalalgies. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de huit mois. — Sœur, morte de convulsions à 4 mois.*

Asphyxie complète à la naissance. — Entérite à 7 mois. Première dent à 3 ans. Dentition complète à 10 ans. — Parole nulle. — Début de la marche à 8 ans. — Accès de cris datant probablement de la naissance. — Convulsions à huit mois suivies de paralysie incomplète du côté droit. Antérieurement, demi-contracture des quatre membres avec mouvements athétosiques des quatre membres.

AUTOPSIE. — *État des trois brèches osseuses de la crâniectomie; lésions de la dure-mère, de la pie-mère et du cerveau; — absence de synostose. — Aspect chagriné des circonvolutions. — Tuberculose pulmonaire.*

Ter... (Emile), né le 17 juillet 1878, est entré à Bicêtre, le 29 décembre 1891 (service de M. BOURNEVILLE), et y est décédé le 12 octobre 1892.

L'enfant arrive de l'hôpital Trousseau muni du certificat suivant, signé du Dr Jalaguier, chirurgien des hôpitaux: « Est atteint d'idiotie incurable. Il est nécessaire de l'admettre dans un asile spécial. » On ne note rien de particulier à l'arrivée. La température prise sous l'aisselle pendant les 4 premiers jours se maintient autour de 36°, 8.

Antécédents. (Renseignements fournis par son père le 10 juin 1892.) — *Père*, 40 ans, agent-voyer. n'a jamais eu de convulsions. A 17 ans, dyssenterie ; à 18 ans, rhumatisme articulaire aigu sans complication apparente. Pas de fièvre typhoïde ni de chorée. De temps en temps quelques cauchemars. Pas de tremblement. Il ne prend depuis un an que du lait à la suite de palpitations dues à des excès de tabac. Il en fumait environ pour 40 centimes par jour. Il nie tout excès alcoolique. Il aurait eu, à 19 ans, un *chancre* qu'on étiqueta chancre mou. Il n'y eut pas de bubon suppuré, ni aucune manifestation cutanée. Certains accidents se manifestèrent néanmoins du côté de la gorge. Le médecin les met sur le compte de l'abus du tabac. Céphalalgies assez fréquentes donnant la sensation d'une sorte de soulèvement de la calotte cranienne ; pas de points névralgiques. Ces douleurs, qui n'ont rien de fixe dans leur apparition ou leur intensité, ont diminué considérablement depuis l'adoption du régime lacté et d'un traitement médical qui comporte l'emploi fréquent du sulfate de quinine. Caractère violent et emporté. [*Père,* maitre modeleur, grand fumeur, sobre, très vif, sans accidents nerveux, mort à 63 ans après une maladie qui a duré huit mois ; il vomissait continuellement de la bile. Il n'y eut pas de diagnostic posé. — *Mère*, 66 ans, actuellement bien portante, a eu trois attaques à 60 ans qualifiées de *congestion cérébrale*. Il y eut chute accompagnée de congestion de la face, de perte de connaissance, de divagation et de *délire* peu violent. Après chacune de ces attaques, elle est revenue à son état normal, sans avoir de paralysie. Elle n'aurait jamais eu de crises de nerfs ou d'affections chroniques. Elle a des *céphalalgies* hebdomadaires peu violentes, depuis fort longtemps. Il n'y a, à la suite, ni nausées ni vomissements. La patiente ne se couche pas. Ce qui domine ce sont surtout des *scotomes* accompagnés d'hyperesthésie du cuir chevelu. Ces douleurs ne dateraient que de l'époque de la ménopause. Caractère violent.

Aucun renseignement sur les *grands-parents* tant du côté paternel que du côté maternel. Il sait seulement que le grand-père maternel serait mort jeune, noyé accidentellement dans la Nièvre. Trois *oncles paternels* : un mort à 20 ans, un autre à 40 ans, on ne sait de quoi. Le dernier, 68 ans, serait bien portant mais légèrement *bègue*. — Deux *oncles maternels*, morts on ne sait de quelle maladie ; l'un d'eux, marchand de vins, était fortement alcoolique. — Pas de tantes. — Deux *frères* et trois *sœurs :* L'aîné est mort à 6 semaines ; pas de renseignements. La 2e, fille, est morte à 21 ans de la poitrine;

hémoptysies; non nerveuse. La 3e, morte à 15 ans d'une *méningite* qui aurait duré un mois. Depuis longtemps elle se plaignait de maux de tête. Sa maladie était caractérisée par un délire continuel avec quelques lueurs d'intelligence de 2 ou 3 minutes. Elle n'aurait pas eu de troubles moteurs ni de photophobie. Elle chantait constamment. Elle toussait beaucoup et un médecin aurait dit que ce qui l'emportait était une phtisie galopante. La 4e sœur a 45 ans, bien portante. sujette à des *céphalalgies* comme son frère. Mariée, elle a 2 enfants intelligents, qui n'ont jamais eu de convulsions. Un *frère* sobre, non nerveux, a un garçon sain, très intelligent, sans convulsions. — Dans le reste de la famille, il n'y a ni idiots, ni aliénés ni épileptiques, ni sourds-muets, ni difformes, ni suicidés ni criminels ou prostituées].

Mère, 40 ans, ni migraines, ni convulsions, ni dartres, etc.; — [*Père*, sobre, mort d'une affection de l'estomac (?); il fumait beaucoup. — *Mère*, décédée à 23 ans du choléra; aucun renseignement. — *Grand-mère paternelle*, morte à 70 ans. *Grand-père paternel*, mort à 87 ans et *grand'mère maternelle* à 86 ans. Pas d'autre détail. — Point d'*oncles paternels*. — Deux *tantes paternelles* se portent bien ainsi que les enfants de l'une d'elles. — Pas d'oncles ni de tantes du côté maternel. — Ni frères ni sœurs. — Dans le reste de la famille, ni idiots, ni aliénés, ni épileptiques, etc. — Pas de consanguinité. — Le mari a 8 mois de plus que sa femme.]

Trois *enfants* : 1° notre malade; — 2° fille, 13 ans, n'a jamais eu de convulsions, est fort intelligente; notons pourtant qu'elle n'a marché qu'à 15 mois et parlé qu'à 20 mois; — 3° fille, morte à quatre mois de *convulsions* qui auraient duré deux jours.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception*. — Sur le conseil de voisines, la mère prit tous les deux jours pendant les trois premiers mois de sa *grossesse* des bains chauds tempérés afin de rendre l'accouchement plus facile. Elle cessa sur l'avis d'un médecin. — Ni coups, ni envies, ni crises de nerfs, ni idées noires. Une seule syncope à trois mois et peu grave, un œdème assez considérable des jambes; on ne sait s'il y eut de l'albuminurie. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme; la tête resta engagé trois heures. — A la naissance, l'*enfant* était *complètement noir*. La sage-

femme « laissa saigner le cordon » jusqu'à ce que la respiration s'établit. Cet état asphyxique dura au moins dix minutes. Les jours suivants l'enfant n'était plus bleu. Il était gros, et paraissait bien portant. — Allaité au sein par une nourrice déjà âgée (41 ans). Au bout de quatre mois on dut la changer. La nouvelle nourrice quoique jeune ne donna que peu de lait à son nourrisson. Elle lui faisait manger de la soupe aux haricots. Il eut une entérite à 7 mois, et resta un mois malade. Les parents le reprirent alors et il fut nourri au *lait de vache* avec semoule et tapioca jusqu'à deux ans. — Première dent à 3 ans passés; dentition complète à 10 ans. — Parole nulle. — Début de la marche à 8 ans. Il marchait alors comme un enfant de 6 mois. — En nourrice on prétend ne s'être jamais aperçu que l'enfant ait eu des convulsions. La mère a constaté deux fois seulement des *convulsions* : « leur durée maximum n'a jamais excédé deux minutes ; il n'y avait ni rigidité, ni secousses du corps. La face était très pâle, les mâchoires serrées et les yeux détournés. L'enfant criait constamment. Dès son bas-âge, on constata que le *bras droit fonctionnait très difficilement.* On avait remarqué, après son retour de chez la nourrice, un *état de demi-contracture* des bras et des jambes. Les parents auraient aussi noté dès cette époque des *mouvements athétosiques* des deux mains qui auraient persisté. L'enfant digérait mal, vomissait, avait des périodes de diarrhée, suivies de périodes de constipation. Pas de vers intestinaux. Fort glouton, Te.. gâtait constamment et cet état persistait à l'entrée à Bicêtre. On n'a jamais rien observé du côté de la respiration. — Pas de rougeole, de variole ou de scarlatine. — Coqueluche à 5 ans. Pas de gourmes, etc. — Engelures aux mains tous les ans. Pas d'étourdissements, de chorée, de vertiges, ou de tremblements, de traumatismes sérieux. L'enfant reconnait ses parents et semble joyeux à la vue de son père. Il s'attache aux personnes qui le soignent et est très doux. Il ne remue pas et se tient constamment immobile. Pas de pyromanie, de kleptomanie. Il grince parfois des dents en dormant. Il ne déchire pas ses effets, mais les salit par sa bave et son gâtisme.

A la lecture d'un article de journal sur la *craniectomie*, le père se mit en rapport avec M. le Dr Lannelongue et l'enfant fut opéré le 14 décembre 1890. On fit deux incisions à droite: une antéro-postérieure et une transversale. Au bout de 20 jours la plaie était cicatrisée. A la suite de cette opération, pendant un moment, il sembla au père que le regard de son fils devenait plus fixe et meilleur. A part cela aucun autre résultat.

Un an après, le 15 décembre 1891, sur les instances du père et à son corps défendant M. Lannelongue refit une *nouvelle crâniectomie*. La guérison opératoire était complète au bout de 20 jours. Aucune amélioration ne fut constatée. Aujourd'hui l'enfant est redevenu ce qu'il était auparavant. Alors son père se décida à l'envoyer à Bicêtre (1).

1892. *Etat actuel* (1er *avril*). — État général médiocre; peau d'un blanc jaunâtre, adipeuse, cheveux châtains clairs, d'une implantation régulière. Quelques adénites cervicales. — *Crâne* peu volumineux, aplati latéralement; bosses peu saillantes; symétrie à peu près parfaite. Il présente à droite, dans la région pariétale, à 4 centimètres 1/2 de la ligne médiane, une *cicatrice cutanée* répondant à une *dépression linéaire osseuse* de 10 centimètres de long dans le sens antéro-postérieur: c'est la trace de la *crâniectomie*. Une *seconde dépression* se détache à droite de la première dans le sens de la ligne bi-auriculaire. On ne sent pas la brèche de la crâniectomie faite à gauche. — Les fontanelles et les sutures ne sont nullement perceptibles au toucher. — *Front* très étroit et très peu élevé. — *Face* saillante. Physionomie hébétée. Arcades sourcillières peu marquées garnies de sourcils peu épais de même couleur que les cheveux; fentes palpébrales peu fendues. Pas d'exophtalmie, ni de strabisme, ni de nystagmus. Iris bleu, pupilles égales ayant des réactions normales. — *Nez* légèrement aquilin; ailes minces; lobule gros; narines ouvertes. — Poommettes non saillantes. — *Bouche* moyenne, lèvres saillantes. Bave continuelle. — Voûte du palais légèrement ogivale; voile du palais normal. Pas d'hypertrophie des amygdales. Le *goût* est assez développé. — Menton large. *Oreilles* grandes, bien ourlées.

Cou, 30 centimètres de circonférence, pas de goitre.
Thorax peu développé, peu large à sa base. Pas de lésions du cœur ni des poumons.

Membres supérieurs longs et grêles, très peu musclés;

(1) Voici d'ailleurs la note concernant cet enfant que notre ami, M. le professeur LANNELONGUE a bien voulu nous transmettre: « 15 *décembre* 1890. Craniectomie double du côté gauche, en avant au niveau du sillon de Rolando, en arrière parallèlement à la suture occipito-pariétale. Il est sorti guéri de l'hôpital Trousseau le 28 décembre. Il est indiqué comme non microcéphale; il ne parle pas, ne mange et ne marche pas seul; il est gaucher. Le 24 mars 1891,

peau rude, marbrée de rouge aux extrémités. Les mains froides et cyanosées sont en flexion sur l'avant-bras. La main gauche semble être plus particulièrement le siège d'une paralysie offrant le type de la griffe radiale. A droite, il semble n'y avoir qu'une parésie des extenseurs.

Membres inférieurs minces et grêles peu musclés. Le membre inférieur droit est sensiblement plus froid que le gauche Demi-flexion des cuisses et léger équinage surtout accentué à droite. Démarche difficile.

Abdomen peu saillant. Rien de particulier; pas d'hypertrophie du foie ou de la rate.

Puberté et organes génitaux. — Verge, courte : 3 centimètres environ de longueur et de circonférence. — Gland découvert. Poils blonds, longs et épais sur le pubis et les bourses. — Testicules égaux, de la grosseur d'un œuf de merle. — Pas de poils aux aisselles. Duvet léger à la lèvre supérieure. La région anale est recouverte de poils assez longs. Elle n'offre rien de particulier.

État intellectuel. L'enfant ne parle pas, ne comprend rien; tous les mouvements sont instinctifs. Lorsqu'on attire son attention il prend un air étonné. Il détourne la tête quand on l'appelle il donne la main quand on lui tend la sienne. Il arrive à marcher seul et à se tenir debout.

Dentition. Mâchoire supérieure : 10 dents permanentes. Les canines ne sont pas encore sorties. Leur place existe mais insuffisante. Les incisives sont assez bien rangées mais un peu obliques en avant et en éventail. — *Mâchoire inférieure:* 12 dents assez bien rangées, contiguës sans être serrées, saines. — Articulation normale. Les dents antérieures ne se rencontrent pas lorsque les mâchoires sont rapprochées. — Gencives en assez bon état.

	1892 Avril.	1892 Octobre.
Poids	30 k.	34 k. 200
Taille	1 m. 38	1 m. 40

une lettre du médecin de la famille constate une légère amélioration : l'enfant a grandi de 45 millimètres et un peu engraissé. Il est devenu propre et dit très bien, mais bas, papa et maman. — Le 5 décembre 1891, le médecin constate la continuation des mêmes améliorations légères. Il boit seul après s'être versé lui-même à boire. Il me demande une nouvelle intervention que j'ai faite et sur laquelle je n'ai pas de notes.

Mensurations : 1° *Tête*.

	1892	
	Avril.	Octob.
Circonférence transversale maxima.......	47.5	47.5
— bi-auriculaire...............	31.5	31.6
Distance de l'articulation occipito-atloïde à la racine du nez.......................	32.5	32.5
Diamètre antéro-postérieur maxima	16.5	16.2
— bi-auriculaire	11.3	11.5
— bi-pariétal......................	13.5	13.
— bi-temporal	10.5	11.

2° *Membres supérieurs :*

	1892			
	AVRIL		OCTOBRE	
	Droit	Gauche	Droit	Gauch
Circonférence au niveau de l'aisselle...	17	17	15. 5	15. 5
— à 0m, 10 au-dessus de l'olécrâne	15	15. 5	14	14. 5
— à 0m, 10 au-dessous de l'olécrane.............	14	14	13. 5	13. 5
— au niveau du poignet....	13	12. 5	13	12. 5
— — du métacarpe.	16	16	15	15
Distance de l'acromion à l'olécrâne....	26. 5	26. 5	26. 5	26. 5
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde................	21	21	20. 5	20. 5
— de l'apophyse styloïde du cubitus à l'extrémité du médius......	16	16. 5	16	16. 5

3° *Membres inférieurs :*

Circonférence au niveau de l'aine......	30	30	29. 5	29. 5
— 0m, 10 au-dessus de la rotule	24	24	23	23
— — au-dessous de la rotule....................	20	20	18	18
Circonférence du cou de pied.........	18	18	18	18
— de la partie moyenne du pied	19	19	19	19
Distance de l'épine iliaque antéro-postérieure à l'interligne articulaire du genou	39	39	39	39
Distance de l'interligne à la malléole extérieure...........................	34	34	34	34
Distance de la malléole externe à l'extrémité du médius	17	17	17	17

21 *mars*. — Voici d'autre part, les observations faites sur Ter... à l'infirmerie et à la petite école : 1° Parole nulle.

Réfectoire : A l'exception de son pain, l'enfant ne prend aucun aliment seul. Il saisit mal les objets qu'on lui présente. Il ne mastique aucun aliment : il les avale tels qu'on les lui donne. Cependant il parait bien digérer. Il gâte jour et nuit. Il est est incapable de se donner aucun soin de propreté. Il parait satisfait lorsqu'on le nettoie. Il ne s'habille ni ne se déshabille seul. Son caractère est doux et affectueux. Comme *tics* on ne peut signaler que de fréquents *grincements de dents*. Bave continuelle. Pas d'onanisme. Sommeil bon. L'enfant marche seul. On fixe assez facilement son attention. — *Traitement :* 2 bains salés par semaine ; 2 cuillerées d'huile de foie de morue ; 2 de sirop de fer.

2° *Petite École*. Depuis quelque temps l'enfant semble mieux comprendre ce qu'on lui dit. Sous le rapport du gâtisme *il* y a amélioration. Dans la journée il va seul au siège. La nuit il urine quelquefois au lit, mais moins souvent qu'autrefois. On l'envoie à la *petite École* une demi-heure l'après-midi tous les jours. — Douches de 25 secondes ; 2 séances de gymnastique ; exercices de la parole.

Mai. — L'enfant est exercé à la petite gymnastique. Il pleure et a l'air de se demander ce qu'on lui veut. Il saisit mal les échelons et retire les mains dès qu'on les a mises en place. En classe, on essaye sans résultat appréciable de lui apprendre à lacer, à cirer, à boutonner, à placer les cartons de couleur, les chiffres et les lettres sur les tableaux. Il parait content lorsqu'on lui cause, mais ne fixe pas longtemps son attention. Il sourit en voyant autour de lui courir ou chanter ses camarades.

Au point de vue du gâtisme, il y a grande tendance à l'amélioration. Au pavillon des gâteux, parfois, il va seul aux cabinets. — Son caractère est toujours doux et affectueux.

6 *juin.* — La parole est toujours nulle, mais l'enfant semble mieux comprendre. Debout, il se tient un peu voûté, le bras droit allongé sur le membre inférieur du même côté ; le gauche un peu fléchi et la main pendante. Les membres inférieurs sont assez droits, mais le pied gauche est un peu tourné en dedans.

A table, l'enfant se tient assez bien, mais c'est à peine s'il sait se servir d'une cuillère. — Il ne mange pas seul. Il ne mâche pas et bave beaucoup. Il avale difficilement. La digestion est assez facile. Selles rares.

L'enfant reste quinze jours au pavillon des gâteux pour une grosse ampoule. Le 24 juin, il est renvoyé à la petite école.

Juillet. — Il est gai, devient joueur il commence à dire : papa, maman, oui, non, méchant, chocolat.

Il noue, boutonne, lace beaucoup mieux. — A la gymnastique Pichery, il exécute passablement les mouvements d'avant en arrière, et de flexion sur les jarrets.

Il s'améliore tous les jours au point de vue du gâtisme, et conduit même aux infirmières les enfants qui ont gâté, leur montrant qu'ils doivent être changés. Il cherche à se déshabiller lui-même, sans pouvoir y arriver. Il aime ses petits camarades, refuse les friandises, indiquant que c'est à eux qu'il faut les donner.

1er *août*. — Ter.. est conduit à l'Infirmerie avec de la fièvre. Il a eu des vomissements pendant la nuit. T. R. 40°, 2. A la percussion du poumon droit, on trouve, en arrière, un peu de submatité. — A l'auscultation, il y a vers la base une zone de crépitation très circonscrite. — *Traitement* : oxygène, 30 centigrammes de sulfate de quinine ; Todd avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina. — *Soir* : T. R. 40°.

2 *août*. — T. 39°, 5. — *Soir* : 40°, 2.

La respiration est plus difficile. La matité du côté droit, vers la base, est plus étendue. La zone de crépitation s'est aussi élargie. — Du côté gauche, submatité en arrière et en bas. Quelques râles fins aux deux temps de la respiration.

Il n'a pas reposé et s'est plaint. Pas de transpiration. Pas de selles durant la nuit et la journée d'hier. L'enfant ne souffre pas et répond négativement lorqu'on l'interroge sur ce point. Il n'y a pas trop de torpeur. Le soir, il a eu une petite selle après le lavement. Même traitement.

3 *août*. — La nuit du 2 au 3 a été mauvaise : Agitation, insomnie Ce matin, T. R. 39°, 7. Respiration et toux pénible ; dyspnée. Râles humides, fins, dans les deux poumons, surtout aux bases. Submatité des deux côtés. — *Traitement* : 50 centigrammes de quinine ; 3 ballons d'oxygène ; Todd, et extrait de quinquina. — *Soir* : 40°, 1

4 *août*. — Nuit très agitée. T. R. 39°, 7. Sommeil calme pendant l'après midi. — *Soir* : T.R. 40°.

5 *août*. — Sommeil assez bon. T. R. 39°, 3. — Sonorité presque normale. Un peu de submatité à gauche. Quelques gros râles muqueux à la base gauche. A droite, zone de crépitation dans la fosse sous-épineuse. Souffle intense à la base. — Même traitement. — *Soir* : T. R. 40°, 2.

6 *août*. — Nuit un peu agitée. T. R. 38°, 8. Journée calme. — *Soir* : T. R. 39°, 6.

7 *août*. — Nuit mauvaise. — T. R. 39°, 9. Son père est venu ce matin et, à sa vue, Ter.., a pleuré puis a paru content. — *Soir* : T. R. 39°, 4.

8 *août*. — T. R. 37°, 5. — *Soir*: T. R. 38°, 8.

9 *août*. — Grande amélioration. T. R. 37°, 3. — *Soir*: 37°, 6. — Le mieux se maintient les jours suivants. La température n'est pas franchement à la normale.

15 *août*. — La défervescence s'est faite lentement: elle paraissait complète le 10 août, mais le lendemain, la température s'est relevée et chaque soir on note une ascension qui n'atteint pas cependant 39°. Peu de signes stéthoscopiques pour expliquer cet état.

21 *août*. — T. R. 37°, 1. — *Soir*: 39°.

22 *août*. — Un peu d'oppression. Diarrhée jaunâtre. — Lait, œuf à la coque. Todd. Oxygène.

25 *août*. — Un peu d'abattement et d'oppression. Quelques crachats après l'absorption du Todd.

30 *août*. — Nuit très bonne. T.R. 36°, 9. — *Soir* : 37°, 6.

1er *septembre*. — Un peu de viande et de vin. Toux intermittente. Sommeil irrégulier.

4 *septembre*. — On constate de l'amaigrissement. Le malade a un appétit irrégulier.

5 *septembre*. — Les oscillations de la température se faisant toujours sentir, la quinine est reprise. — Sous la clavicule gauche, la respiration est soufflante. Gros râles disséminés en arrière des deux côtés.

7 *septembre*. — Submatité dans la région sous-épineuse à gauche. Affaiblissement du murmure vésiculaire très notable. — Vésicatoire sur la région. Pas de sueurs la nuit. Toux.

12 *septembre*. — La sonorité a reparu au niveau de la fosse sous-épineuse. Murmure vésiculaire normal au même endroit. La température vespérale dépasse toujours 38°. Hier, elle a atteint 39°, 9. — Oxygène, Todd.

16 *septembre*. — Faiblesse de plus en plus grande. Amaigrissement continuel. Respiration embarrassée.

20 *septembre*. — T.R. 38°, 8. — *Soir* : 39°. Ter... paraît accablé, est pâle et amaigri. Respiration difficile. Vers les 8 heures du soir, il a eu hier un accès de suffocation. L'appétit est toujours fort irrégulier. Craquements humides en avant sous la clavicule gauche. Râles humides et souffle tubaire en arrière et à droite au niveau de la fosse sous-épineuse.

29 *septembre*. — T.R. 38°. Nouvel accès de suffocation. Auscultation très difficile.

4 *octobre*. — Pendant les journées des 1, 2 et 3, la température s'est maintenue à 37°. Aujourd'hui T.R. 38°. Il n'y a ni sueurs, ni diarrhée. Respiration assez libre. Toujours mêmes signes sthétoscopiques.

8 *octobre*. — La *tuberculose* fait tous les jours des progrès. La marche est rapide. L'amaigrissement et la faiblesse s'accentuent. T. R. 39°, 8. — *Soir* : 39°, 8.

9 *octobre*. — T. R. 37°, 9. — *Soir* : 39°, 4.

10 *octobre*. — T. R. 39°, 9. — *Soir* : 40°, 1.

11 *octobre*. — *Soir*: T. R. 38°, 9. — L'état de Ter... devient de plus en plus mauvais. Respiration pénible, torpeur. Les yeux sont brillants et sans expression. Pas de sueurs, pas de diarrhée. Toux fréquente ; absence complète de crachats.

12 *octobre*. — L'enfant ne prend que du lait chaud. Vers deux heures, accès de suffocation qui a duré 15 minutes. Les inhalations d'oxygène ont paru le soulager. Vers 4 heures, il a mangé du potage. A 4 heures 1/2 suffocation. L'enfant se débat durant un quart d'heure. Il est mort à 5 heures. T. R. aussitôt après la mort : 38°, 7 ; — 1/4 d'heure après : T. R. 38°, 5 ; — Une heure après : T. R. 37° ; — Deux heures après : 36°. 3 ; — Température de la pièce : 12°. — *Poids* après décès : 29 k. 900.

AUTOPSIE faite le 14 octobre 1892, 40 heures après décès. — Cadavre très amaigri. Très légère rigidité du coude et des doigts à gauche ; même chose à droite. Rigidité des hanches, des genoux et surtout des pieds.

Encéphale	855 gr.
Hémisphère cérébral droit	375
— — gauche	360
Cerveau	735
Hémisphère cérébelleux droit	50
— — gauche	50
Bulbe et protubérance	15
Cervelet et isthme	115

Tête. — *Cuir chevelu* assez épais. Lorsque après avoir fait une incision transversale allant d'une oreille à l'autre, on rabat la moitié antérieure du cuir chevelu, on aperçoit un *morceau de drain parfaitement conservé* de 34 millimètres de longueur sur 3 à 4 millimètres de diamètre qui se dégage de la *brèche osseuse* gauche sur laquelle il était appliqué et où il a imprimé une gouttière. Le drain a suivi le cuir chevelu dans lequel il était enclavé en quelque sorte par son extrémité interne, sur une longueur de 3 à 4 millimètres et libre dans le reste de son étendue. Sur la face interne du cuir chevelu le *drain* a laissé une empreinte superficielle mais très nette. En somme, il pénétrait plus dans l'os que dans la peau.

En raison des adhérences de la dure-mère du crâne, on est obligé de la sectionner sur place, de sorte que le bulbe est

coupé un peu court. On enlève donc tout l'encéphale en même temps que la calotte.

La *dure-mère* est adhérente au niveau des *brèches osseuses* et entre elles, de telle sorte que l'espace quadrilatère compris entre les deux brèches est adhérent par les quatre bords et que la partie du crâne qui correspond à ce quadrilatère est blanchâtre, exangue, tranchant ainsi par sa coloration avec les autres parties du crâne qui avaient une coloration rougeâtre assez foncée : il y avait anémie de cette partie. Le *liquide céphalo-rachidien* est en petite quantité.

Les *artères de la base* sont symétriques et égales. Il en est de même des *nerfs*, des *tubercules mamillaires* et des *pédoncules cérébraux*. — La *pie-mère* de la base n'est pas vascularisée ; mais on note une vascularisation très fine sur les lobes temporaux, pariétaux et occipitaux ; la vascularisation prédomine à droite.

Les différentes fosses de la base du crâne sont normales et à peu près symétriques, sauf une légère inégalité due à la *plagiocéphalie*. — Le *trou occipital* est normal.

Les os de la *calotte crânienne* sont assez épais et consistants. Il n'y a pas de plaques transparentes. En revanche, en examinant successivement la *sagittale*, la *coronale* et la *lambdoïde*, aussi bien sur leur face interne que sur leur face externe, on ne trouve pas traces de synostose. La coronale, assez compliquée au point de vue des dentelures, est libre dans toute son étendue. Sur les parties latérales de chaque côté, on peut insinuer un crin de brosse dans les interstices laissés libres par les arborescences. Pareille chose peut se faire sur presque tout le trajet de la lambdoïde. La sagittale est un peu plus serrée, mais il n'existe de soudure osseuse en aucun point de son trajet. — Les trous pariétaux sont très nets des deux côtés. Du côté droit, le pariétal présente une *brèche osseuse* longue de 9 centimètres, large de 2 centimètres 1/2. (*Fig.* 4). Cette brèche part de la suture coronale en avant, chemine d'avant en arrière parallèlement à la suture sagittale et s'arrête à 3 centimètres de la lambdoïde. Elle est éloignée de 3 centimètres du vertex. Les dimensions primitives de cette brèche sont celles que nous rapportons. Le travail de réparation osseuse a créé des bords minces, déprimés, festonnés par des arborescences qui tendent à le rapprocher et à combler le vide. Ce vide n'est plus par le fait que de 7 centimètres sur 1 centimètre.

Sur le *pariétal gauche* existent deux *brèches osseuses* parallèles à la suture coronale, perpendiculaires, par conséquent,

à la sagittale. La plus antérieure, longue de 5 centimètres, est

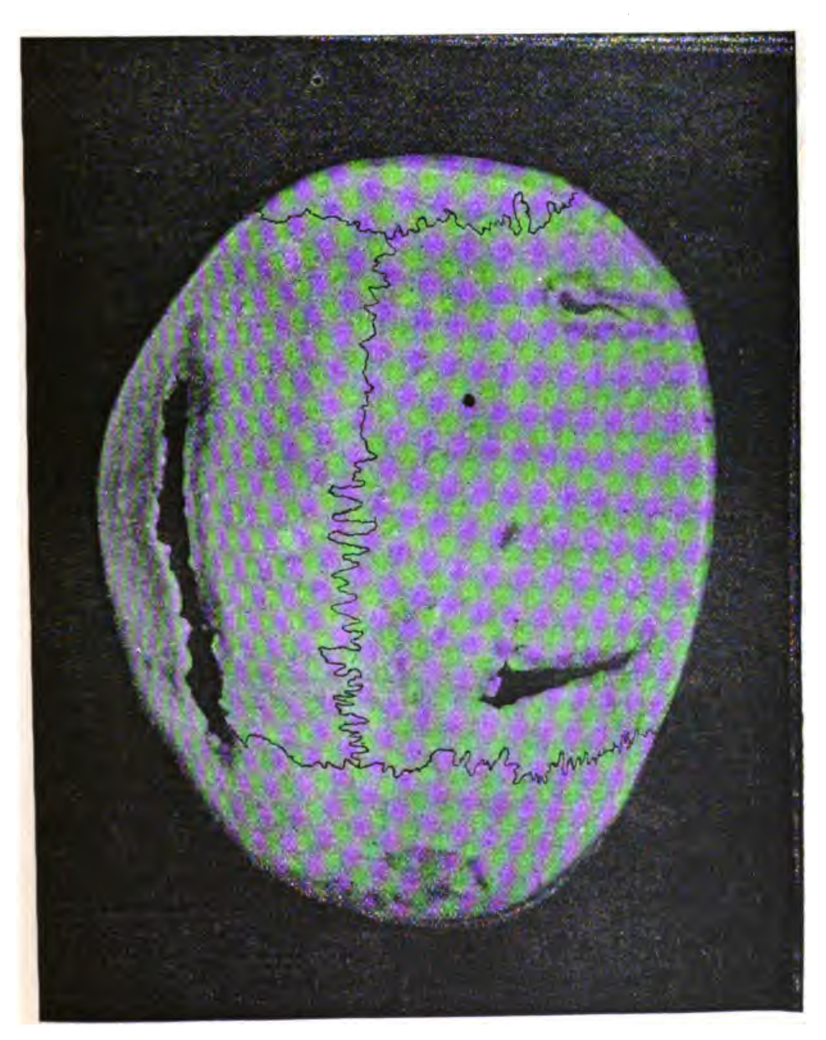


Fig. 4.

large de 2 centimètres 1/2. Parallèle à la coronale, elle en est

éloignée d'un centimètre. Son extrémité supérieure aboutit à 2 centimètres de la sagittale. La brèche postérieure a les mêmes dimensions que la précédente. Parallèle à la branche gauche de la lambdoïde, elle est écartée d'un centimètre. Elle est distante de 2 centimètres de la sagittale. Cette dernière brèche est en partie comblée par le travail de réparation osseuse. La plus antérieure l'est beaucoup moins. (*Fig.* 4).

Hémisphère cérébral gauche. — Il est de consistance ferme, la pie-mère s'enlève très facilement; pas de traces d'adhérences. — Les circonvolutions sont bien dessinées, mais les scissures sont peu profondes. Sur le *lobe pariétal,* on peut noter un *aspect chagriné* de la pariétale ascendante, du pli courbe, des plis pariétaux. — Sur le *lobe frontal.* nous notons à la partie postérieure des deux circonvolutions frontales une série de petits plis de passage, distants de 3 à 4 millimètres. La partie tout-à-fait postérieure de la première temporale est chagrinée et grêle. — Les circonvolutions occipitales n'offrent rien de particulier. — La *scissure perpendiculaire externe* est très nettement dessinée. La *scissure de Sylvius* est très large; les bords sont écartés. — Le *lobule de l'insula* est très volumineux.

Rien de particulier dans le *ventricule latéral,* la *corne d'Ammon,* la *couche optique,* le *corps strié.*

Hémisphère cérébral droit. — La *pie-mère* s'enlève très facilement. — Les circonvolutions du lobe frontal ont un *aspect chagriné.* Elles affectent une disposition normale. Les *frontale* et *pariétale ascendantes* n'offrent rien de spécial. — La *scissure perpendiculaire externe* est très accentuée. — Les *circonvolutions occipitales* ont un aspect normal. — Le *lobe temporo-sphénoïdal* a un aspect chagriné. — La scissure de Sylvius est moins béante qu'à gauche.

Cou. — *Corps thyroïde,* 15 gr. — Pas de *thymus.* — *Larynx* sain.

Thorax. — *Poumon droit* (540 gr.). On trouve au sommet de nombreux *nodules tuberculeux* dont le centre est ramolli et la périphérie caséeuse. Une zone résistante et blanche sépare ce magma caséeux d'une zone périphérique d'*hépatisation rouge.* Ces ilots tuberculeux sont surtout nombreux au sommet et à la partie postérieure du lobe moyen. — *Poumon gauche* (530 gr.). Lésions analogues; toutefois le lobe

supérieur est atteint d'un degré plus considérable : une *caverne* de la grosseur d'une noix occupe sa partie supérieure. Dans le lobe inférieur, les lésions sont les mêmes qu'à droite et semblent moins avancées. — *Cœur* (130 gr., vide); rempli de caillots, il pesait 160 grammes. Pas de persistance du trou de Botal.

Abdomen. — *Estomac* très dilaté, descendant jusqu'au niveau de l'épine iliaque, ne présentant aucune lésion macroscopique. — *Foie* (960 gr.), un peu dur, blanc jaunâtre. Pas de calculs de la vésicule — *Rein droit* (100 gr.); — *Rein gauche* (90 gr.). Tous deux sont légèrement congestionnés et offrent des traces de lobulation. — *Pancréas* (65 gr.), dur et volumineux. — *Testicules* dans les bourses.

RÉFLEXIONS. — I. L'*hérédité* n'a exercé qu'une influence relative chez le malade de l'observation qu'on vient de lire. Elle se trouve seulement d'ailleurs du côté paternel. La grand'mère paternelle a présenté trois attaques sans paralysie, étiquetées attaques de congestion cérébrale. Quelques céphalalgies chez le père, chez cette même grand'mère et chez une tante, et c'est tout. Pourtant, il ne faut point passer sous silence l'*alcoolisme* et la *tuberculose* que nous avons notés dans la famille paternelle de Ter.. L'affection de l'estomac à laquelle a succombé le grand-père est mal définie. Peut-être faudrait-il la mettre sur le compte des habitudes alcooliques. Un grand-oncle paternel était en tout temps un alcoolique avéré. Une tante paternelle est morte de tuberculose des poumons et des méninges. Ces tares ancestrales nous paraissent avoir joué un rôle prépondérant dans la préparation du terrain dont a hérité Ter.. Il a succombé lui-même à la *tuberculose*.

II. La *conception* et la *grossesse* n'ont rien présenté de particulier. Il n'en est pas de même de l'*accouchement* : la tête est restée trois heures au passage et l'enfant, à la naissance, *était complètement noir*. C'est

là, sans doute le point de départ des lésions cérébrales qui ont eu pour conséquence l'idiotie. On doit, toutefois, se tenir sur la réserve au sujet de l'existence ou non de convulsions pendant que l'enfant était en nourrice, car à son retour chez ses parents, on a constaté une paralysie incomplète du bras droit, des mouvements choréiformes des mains et un état de demi-contracture des quatre membres. Vers le huitième ou le neuvième mois, il a eu deux petites *crises convulsives* très courtes. En faveur de l'origine que nous avons attribuée à l'idiotie, on peut invoquer ce fait que, dès les premiers temps de la vie, l'enfant criait constamment et que son bras droit fonctionnait très difficilement.

III. L'*idiotie* était *complète* : *accès de cris* dès les premiers jours de la naissance, début tardif (3 ans) et extrême lenteur de la *dentition* qui ne fut achevée qu'à 10 ans ; *marche* à un âge avancé (8 ans) ; *parole* limitée à quelques mots ; *gâtisme* persistant, etc.

L'autopsie a confirmé le diagnostic d'atrophie cérébrale ou mieux d'*arrêt de développement du cerveau*, posé du vivant de Ter... après connaissance de ses antécédents : le poids de l'encéphale, 855 grammes, à l'âge de 14 ans et demi, ne laisse aucun doute à cet égard. L'absence de foyers de sclérose avec induration corroborait les dires de la nourrice sur l'absence de convulsions graves. Signalons enfin l'*aspect chagriné* de quelques circonvolutions.

IV. Si les *os du crâne* étaient assez épais, sans plaques transparentes, les sutures ne laissaient apercevoir aucune trace de synostose. La première intervention chirurgicale a eu lieu quand Ter... avait 12 ans et demi. Elle a consisté en deux *brèches transversales* pratiquées sur la moitié gauche du crâne. La seconde opération, faite un an après la première, éga-

lement par M. Lannelongue et à son corps défendant, a consisté en une *brèche longitudinale* ouverte sur la moitié droite du crâne. La *fig.* 4 donne une idée nette de la manière dont s'effectue la réparation des brèches osseuses, cette réparation est rapide et, en supposant qu'elle ait été réelle même un instant, la prétendue liberté donnée au cerveau pour s'épandre à son aise, n'a eu qu'une durée éphémère puisqu'au bout de deux ans nous trouvons les brèches de la première opération à peu près tout à fait fermées.

D'ailleurs, à cause de l'âge de Ter..., les chances d'une amélioration sérieuse étaient très restreintes. Ainsi que nous ne cessons de le répéter, c'est le plus tôt possible, dès qu'on s'aperçoit de l'état anormal de l'enfant, dès les *premiers signes de l'idiotie* qu'il faut instituer le *traitement médical et pédagogique*. C'est pour cette raison que, dans le cas de Ter.., bien que nous ayons obtenu plus que le *traitement chirurgical* (voir p. 154 et 155), nous ne pouvions pas, en cas de survie, espérer arriver à des résultats considérables. Nous serions très probablement parvenus à le rendre propre, à lui apprendre à s'habiller et à se laver, à développer dans une petite mesure la parole mais nous n'aurions pas conquis davantage.

XIII.

Idiotie méningitique ; rachitisme ; fièvre typhoïde ; méningite ;

Par BOURNEVILLE et NOIR.

Sommaire. — *Absence complète d'antécédents héréditaires personnels. — Idiotie complète. Amélioration. — Fièvre typhoïde anormale. Méningite. — Mort.*
Autopsie. — Distension des sutures ; — lésions méningitiques anciennes et récentes ; — lésions des plaques de Peyer.

Dufoul... (Auguste-Ernest), né à Boulogne-sur-Seine, le 21 avril 1889, est entré le 24 mars 1892, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Antécédents. — Cet enfant venant de l'hospice des Enfants-Assistés, nous n'avons pu obtenir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et personnels. Le certificat de M. le Dr Hutinel porte « qu'il présente sur les membres, le thorax « et le crâne, les traces d'un *rachitisme* très prononcé, qu'il « ne parle point, qu'il se tient à peine debout, qu'il est manifestement arriéré (strabisme, hébétude) et que sa vraie « place serait à Bicêtre (service des idiots) ».

État actuel (*mars*). — Brun de peau, un peu émacié, l'enfant paraît de complexion délicate. Le facies exprime l'hébétude. Les cheveux bruns, régulièrement implantés, empiètent latéralement sur le front. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Tête volumineuse proportionnellement au corps, et asymétrique. Les bosses frontales et pariétales sont assez saillantes. La protubérance occipitale externe est accentuée. Pas de traces de sutures, ni de fontanelles. — *Front* assez

élevé ; arcades sourcilières assez nettement accusées. Visage rond, joues pleines, face symétrique. Paupières fines et bleuâtres, recouvrant complètement, en se fermant, les globes oculaires. Fentes palpébrales horizontales et égales. Sourcils noirs, abondants et longs. Cils longs et bien implantés. Yeux mobiles, sans exophthalmie, ni paralysie, ni nystagmus. Léger strabisme convergent de l'œil gauche. Iris jaune foncé. Pupilles égales à réaction normale. Examen fonctionnel de l'œil impossible. — *Nez* petit et droit. L'*odorat* paraît normal. — Pommettes peu saillantes, symétriques. — *Bouche* un peu grande. La lèvre supérieure fait saillie surtout à sa partie médiane. Voûte palatine légèrement ogivale ; voile du palais, luette, amygdales, pharynx, rien de particulier. *Goût* normal. — *Menton* petit et rond, bien conformé. — *Oreilles* bien implantées et bien ourlées, fines, presque complètement transparentes, sillonnées de veinosités bleuâtres. *Ouïe* bien développée.

Le *cou* est grêle. Le corps thyroïde n'est pas volumineux.

Le *thorax* est globuleux ; léger chapelet rachitique au niveau des articulations chondrocostales. Aucune anomalie révélée par la percussion, ni par l'auscultation. — L'*abdomen* est gros, un peu proéminent. Le foie déborde légèrement les fausses côtes.

Les *membres supérieurs* minces et peu musclés, sont néanmoins normalement constitués. Les mains sont bien faites et les ongles régulièrement implantés. — Les *membres inférieurs* sont proportionnellement plus développés que les supérieurs. Les pieds sont suffisamment cambrés.

Organes génitaux. — Verge : longueur : 2 centimètres 5 ; circonférence : 2 centimètres ; phimosis difficilement réductible. Testicules dans les bourses, du volume d'un petit haricot. Région anale saine. Le corps de l'enfant est complètement glabre.

La *sensibilité* au tact, à la piqûre, à la chaleur paraît normale sur toutes les parties du corps. — Les *réflexes* patellaires existent et ne sont pas exagérés.

L'enfant ne parle pas, gâte constamment, ne donne lieu à aucune manifestation intelligente. Il est mis dans le service des gâteux et soumis au traitement suivant : 3 bains salés par semaine ; 1 cuillerée par jour de sirop d'iodure de fer ; exercices de marche quotidiens.

18 *avril*. — L'enfant entre à l'infirmerie présentant une

toux humide et quinteuse. A l'auscultation, on constate des râles sonores et sous-crépitants dans toute l'étendue des deux poumons, mais surtout en arrière et à gauche. Badigeonnages de teinture d'iode; potion calmante.

19 *avril.* — T. R. *Matin* : 39°. — *Soir* : 40°.

20 *avril.* — T. R. *Matin* : 39°. — *Soir* : 40°, 2.

21 *avril.* — T. R. *Matin* : 38°, 9. — *Soir* : 39°, 8.

22 *avril.* — T. R. *Matin* : 39°. — *Soir* : 40°, 4.

23 *avril.* — L'enfant est notablement mieux. La température vespérale est élevée néammoins. Les signes stéthoscopiques n'expliquent pas les oscillations de 2° de la température de l'enfant. T. R. *Matin* : 37°, 4. — *Soir* : 37°, 6.

24 *avril.* — T. R. *Matin* : 37°, 2. — *Soir* : 36°, 3.

25 *avril.* — La défervescence s'est accomplie brusquement. Le tracé thermique offre l'aspect de celui de certaines fièvres typhoïdes : on y constate une période d'oscillations stationnaires. Les signes physiques ont disparu.

31 *mai.* — L'enfant a fait des progrès; il marche seul, prononce quelques mots : « maman, papa, à boire, caca. » Il est devenu propre et commence à se déshabiller seul.

4 *juillet.* — La vaccination pratiquée, il y a huit jours, n'a pas donné de résultat, bien que l'enfant ne porte aucune cicatrice de vaccin.

14 *juillet.* — L'enfant est conduit du service des gâteux à l'infirmerie, il a vomi dans la nuit et s'est plaint sans discontinuer. A son entrée à l'infirmerie, sa température atteint 39°, 6. Vers 9 h. 1/2 du matin, il est pris d'un *accès épileptiforme* : les yeux roulent convulsivement dans leurs orbites, la face est congestionnée, une écume sanguinolente s'échappe de la bouche. Les membres sont raidis à droite, tandis qu'à gauche, ils s'agitent violemment. Au bout de deux minutes l'accès s'est terminé par une émission d'urine et l'enfant est tombé dans un état comateux dont le ronflement était par intervalle interrompu par de forts grincements de dents. Bien qu'il ait les paupières closes, il ne parait pas dormir. T. R. 38°, 5.

A 10 heures : *second accès* identique au précédent. Plaintes et gémissements contiuuels. Il repousse et attire alternativement ses couvertures vers lui. Sa physionomie exprime la terreur, son front est plissé de rides transversales. Dans la journée, il vomit le lait qu'on lui donne à boire, grince fréquemment des dents, reste sans connaissance et murmure par moments : « Maman ». Trois selles consistantes dans la journée. — *Soir* : T. R. 38° :

15 *juillet.* — T. R. 37°, 5. Irrégularité du pouls. Hyperesthésie cutanée. L'enfant paraît souffrir de la tête, grince des dents, poursuit avec les mains des objets imaginaires. Yeux ternes et demi-clos; photophobie, constipation. Diagnostic : *Méningite.* Traitement : frictions mercurielles sur la tête, lavements; applications glacées sur la tête. — *Soir* : 38°.

16 *juillet.* — Gémissements plaintifs, agitation, grincements de dents. Ni paralysie, ni contracture. Irrégularité du pouls, hyperesthésie cutanée. Duf... n'a plus eu d'attaques convulsives. T. R. 37°, 7. — *Soir* : 39°, 8.

17 *juillet.* — Raideur de la nuque, du bras droit et de la jambe droite. L'enfant est constipé; il n'a de selle qu'après les lavements. T. R. 38°, 8. — *Soir* : 40°, 5. *Traitement* : Calomel : 0 gr. 25 en 5 prises, frictions mercurielles et glace sur la tête.

18 *juillet.* — L'enfant est décédé à une heure du matin. T. R. après le décès : 41°, 9; — un quart d'heure après, 40°; — une heure après, 38°, 4; — 2 heures après, 36°, 2; — 5 heures après, 32°, 8. La température de la salle a oscillé entre 19° et 18°, 5.

	1892	
	Janvier.	*Juillet.*
Poids	12 k. 900	14 k. 200
Taille	0 m. 69	

Mensurations de la tête :

(Juillet 1892)

Circonférence horizontale maxima	49
1/2 circonférence bi-auriculaire	31
Distance de l'arti. occipito-atloïd. à la racine du nez.	33
Diamètre antéro-postérieur maximum	16, 5
Diamètre bi-auriculaire	11
Diamètre bi-pariétal	14
Hauteur du front	5

AUTOPSIE faite 30 heures après le décès. — *Cuir chevelu* assez mince. — *Crâne* peu dur, la coupe de la calotte est absolument rouge. Asymétrie manifeste, le côté droit est plus développé que le gauche surtout au niveau de la bosse pariétale. Les os, à la coupe, se montrent plus épais à gauche qu'à droite et en avant qu'en arrière. Ils sont excessivement spongieux, à texture finement aréolaire, offrent des lames de tissu compact interne et externe excessivement minces et à peine sensibles. A l'état frais, les *sutures* se présentent à l'ex-

térieur sous la forme de *cordons rouges, saillants, sinueux* ayant environ 3 à 4 *millimètres de largeur* ; ils sont plus marqués au niveau des sutures coronale et sagittale qu'au niveau des sutures occipito-pariétales. A la face interne, les sutures apparaissent comme une ligne rouge, finement dentelée mais ne formant pas de saillie comme sur la face externe. Pas trace de synostose. — A l'état sec, on constate que les sutures sont comme distendues et séparées par une substance qui s'est rétractée légèrement en se desséchant. La suture coronale offre des dentelures très fines et devient presque rectiligne au niveau de la ligne médiane. La suture sagittale présente aussi des dentelures très fines qui, à partir du sinciput, deviennent plus considérables jusqu'au lambda. La suture lambdoïde offre à gauche quatre *os wormiens,* un central offrant environ la surface d'une pièce de 0 fr. 50 ; les deux autres sont plus petits, allongés, à grand axe perpendiculaire à la suture. A la partie externe de la suture, toujours du même côté, il y a trois *autres petits os wormiens* de la dimension d'une lentille et paraissant de simples dentelures détachées. A droite, la suture lambdoïde offre deux petits *os wormiens* lenticulaires et un troisième plus volumineux (comme une pièce de 0 fr. 20). Sur le trajet de cette partie de la suture lambdoïde, on observe de petites fissures de la table externe des os, perpendiculaires à la suture elle-même. Les sutures à la face interne du crâne se montrent sous la forme d'une simple ligne sinueuse. De nombreux pertuis vasculaires perforent la table interne des os sur les bords de ces sutures et au point où siège la suture métopique qui n'a laissé aucune trace. Les sillons des vaisseaux méningés moyens sont distinctement marqués sur les pariétaux.

La *calotte* présente des *plaques transparentes* sur les pariétaux en arrière de la suture coronale près de la ligne médiane. Ces plaques sont au nombre de deux à l'angle fronto-sagittal droit, tandis qu'on n'en observe qu'une dans la région symétrique à gauche. Elles ont environ 2 centimètres de diamètre. On constate aussi des zones transparentes mais diffuses à la région postérieure des pariétaux surtout au niveau du lambda.

La *base du crâne* est symétrique ; elle offre comme particularité, la séparation de l'apophyse basilaire du reste de l'occipital par deux sutures aboutissant au trou occipital et passant en avant du trou condylien antérieur.

Les *sinus de la dure-mère* sont gorgés de sang noir. Le sinus longitudinal supérieur est rempli de caillots fibrineux blancs. — La *dure-mère* est un peu violacée. — Le *liquide*

céphalo-rachidien ne paraît pas sensiblement augmenté. La *pie-mère* est partout congestionnée et présente des infiltrations purulentes jaunâtres le long des vaisseaux et principalement sur les $^2/_3$ antérieurs des hémisphères et à la partie antérieure des lobes temporaux. Ces infiltrations paraissent un peu plus prononcées sur la face convexe gauche que sur la droite. Il existe encore des plaques ecchymotiques sur toute l'étendue des lobes frontaux et sur les lobes pariétaux, principalement à droite, ainsi qu'à la partie moyenne du lobe temporal droit. Des amas purulents existent au niveau de la base des scissures de Sylvius et au niveau des pédoncules en arrière du chiasma. — Les *artères de la base* n'offrent aucune anomalie apparente.

Encéphale	1115 gr.
Hémisphère cérébral droit	480 gr.
Hémisphère cérébral gauche	490 gr.
Cerveau	970 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	65 gr.
Hémisphère cérébelleux gauche	65 gr.
Cervelet	130 gr.
Bulbe et protubérance	15 gr.
Moelle épinière	22 gr.

Cerveau (970 gr.). *Hémisphère cérébral gauche* (490 gr.) La décortication de cet hémisphère est pénible. Des *traînées purulentes* accompagnent les vaisseaux et forment des amas plus abondants au niveau du lobe paracentral, de la partie la plus antérieure du lobe frontal et de l'extrémité postérieure du lobe occipital. La *face convexe* de l'hémisphère offre sur toute son étendue de *très nombreuses adhérences*. Elles sont surtout accentuées à la base de F^1, sur toute l'étendue de F^3, sur la région moyenne de F A et de P A. Le lobe pariétal, surtout au niveau du pli courbe, est très altéré. Il en est de même du lobe occipital et de T^1. La *face interne* de l'hémisphère offre des lésions moins étendues. F^1 et le tiers antérieur de la circonvolution du corps calleux et la moitié antérieure du lobe temporo-sphénoïdal sont seuls nettement altérés.

Hémisphère droit (480 gr.). *Face convexe* : Les *adhérences* sont nombreuses et très prononcées surtout au niveau du lobe frontal. Mêmes lésions du lobe pariétal inférieur et de T^1. Les

traînées purulentes existent aussi le long des vaisseaux, mais sont moins importantes que sur l'hémisphère opposé.

Face interne: Elle est à peu près complètement indemne, sauf au niveau de l'origine du F[1]. Les quelques adhérences qu'on observe sur cette face sont beaucoup moins résistantes que sur la face externe.

Des deux côtés, les *ventricules*, les *corps striés*, les *couches optiques* n'offrent aucune lésion.

Cervelet (130 gr.) *Bulbe* et *protubérance* (15 gr.). *Moelle* (22 gr.) rien de particulier.

Thorax. — *Poumon droit* (175 gr.), *gauche* (120 gr.). Adhérences pleurales nombreuses des deux côtés. Induration de la base du lobe supérieur gauche, dont les bronches laissent sourdre à la coupe un pus verdâtre et bien lié. Congestion assez intense du bord postérieur du poumon droit; filaments fibrineux en train de se liquéfier dans les bronches de ce poumon.

Abdomen. — *Foie* (535 gr.); pas de calculs dans la vésicule biliaire.— *Cœur* (75 gr.).—*Reins: droit* (55 gr.), *gauche* (57 gr.), sains. — *Rate* (45 gr.) en putréfaction. — *Pancréas* (14 gr.). Le *mésentère* contient des ganglions volumineux, nombreux, rosés, sans induration. — Vascularisation anormale de l'*intestin grêle* sur le dernier mètre de son étendue. Les *plaques de Peyer* sont tuméfiées et vascularisées. L'une d'elles a environ trois centimètres de longueur. Quatre de ces plaques sont nettement altérées, une d'entre elles a été ulcérée à sa partie centrale qui est comblée par un tissu transparent, limité à la périphérie par un bord opaque fort net.

RÉFLEXIONS. — I. Malgré le court séjour que Dufou.. a fait dans le service et l'absence absolue d'antécédents, nous avons pu noter dans son état de sérieuses modifications produites par l'éducation et les soins assidus qui lui ont été donnés (p. 166).

II. Ses maladies intercurrentes fournissent l'occasion de faire d'intéressantes remarques. Dufoul... fut atteint au mois d'avril d'une bronchite avec

toux quinteuse accompagnée d'élévation de température. Le tracé thermique offrit une période d'oscillations stationnaires *comme dans la fièvre typhoïde.* La défervescence brusque, bien que n'étant pas la règle, s'observe parfois dans la fièvre typhoïde. (Voir un tracé analogue dans : Bourneville, *Notes et observations sur la fièvre typhoïde,* fig. 10.) Aucun autre trouble typhique n'avait été noté. Les enfants idiots et gâteux et surtout ceux de cet âge ne réagissent guère sous l'influence de lésions même très graves; on ne s'aperçoit parfois qu'ils sont souffrants qu'alors que la maladie est à son summum et eux-mêmes sont souvent incapables ou ne sentent pas le besoin de se plaindre. Nous nous sommes, en effet, trouvés en présence d'une forme anormale, pulmonaire, de la *dothiénentérie.* Ce diagnostic a été confirmé par l'autopsie, qui nous a fait découvrir des lésions des plaques de Peyer en voie de réparation.

C'est probablement à cette infection par le bacille typhique qu'est due la *méningite suppurée*, maladie ultime de Dufoul.. Il est regrettable que l'analyse bactériologique n'ait pu être faite, car l'enfant n'avait ni otite, ni autre infection capable d'expliquer la méningite suppurée. Il est juste de dire toutefois que la pie-mère, qui était déjà le siège d'une *méningite ancienne*, comme l'ont démontré les adhérences de cette membrane au cerveau, était un *locus minoris resistantiæ* prêt à subir les atteintes de l'infection typhique. Cette méningite suppurée a évolué rapidement et présenté les symptômes classiques. (Accès épileptiformes, photophobie, hyperesthésie, troubles voso-moteurs, céphalalgies, constipation, etc.)

III. L'autopsie offre un intérêt tout particulier, non seulement par l'explication qu'elle donne des faits cliniques prcédemment observés, mais encore par

l'examen du *crâne* de l'enfant. Nous trouvons sur ce crâne les modifications caractéristiques que subissent les os dans le *rachitisme*. Les os du crâne ont en effet l'aspect spongoïde et les lames du tissu compacte n'existent pour ainsi dire pas. Est-ce encore au rachitisme que nous devons attribuer la congestion toute particulière notée au niveau des sutures? Cela est possible. Le nombre des orifices vasculaires persistant sur leur trajet nous permet d'affirmer que le tissu osseux était là le siège d'une prolifération active. Du reste, le dessèchement a amené la rétraction de ce tissu de nouvelle formation. Les nombreux *os wormiens*, sur le trajet de la suture lambdoïde, la séparation de l'apophyse basilaire du reste de l'occipital, joints à cet état particulier des sutures et aux plaques transparentes que présente la calotte crânienne nous permettent de trouver dans l'observation de Dufou... un nouveau cas où la crâniectomie devait être contre-indiquée de la façon la plus absolue. Rien dans l'examen clinique du crâne n'autorisait cependant à préjuger de son état.

IV. Nous devons une mention spéciale à une lésion curieuse des sutures qui se présentaient sous la forme de *cordons rouges, saillants, sinueux, ayant environ 3 ou 4 millimètres de largeur*. Le périoste interposé entre les dentelures des sutures s'est donc considérablement congestionné, écartant ainsi les dentelures des sutures. Ce fait, qui correspond aussi à une congestion intense du tissu spongieux des os du crâne, montre qu'il n'y a pas trace de synostose et encore que rien ne s'opposait à l'extensibilité des os du crâne sous l'influence du développement du cerveau. Nous reviendrons sur cette intéressante lésion à propos de l'observation de Marie Ba....

XIV.

Idiotie méningitique;

PAR BOURNEVILLE ET FERRIER.

SOMMAIRE. — *Père, quelques excès de boisson, caractère emporté. — Grand-père paternel, caractère emporté, mort de la rupture d'un anévrisme de l'aorte. Grand'mère paternelle, cataracte double, excès de boisson (?). Arrière-grand-père paternel, mort de la pierre. Arrière-grand'mère paternelle, morte de la rupture d'un anévrisme aortique. — Grand-oncle paternel, convulsions dans l'enfance avec déformation des pieds, taille exiguë. — Deux grand'tantes paternelles, mortes de convulsions. Oncle paternel, mort de méningite. Autre oncle paternel, suicidé. Tante paternelle, morte d'attaques d'éclampsie. Mère, soignée comme hystérique à la Salpêtrière, poëtesse. Grand-père maternel, mort phthisique. Grand'mère maternelle, très-colère. A eu des attaques de nerfs. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 ans.*

Syncopes et attitudes particulières de la mère pendant la grossesse. — Accouchement à 7 mois. — Enfant très-petite à la naissance ; convulsions probables à 3 jours, se répétant cinq ou six fois dans le premier mois. Première dent à 2 ans. Parole limitée à quelques mots. Marche nulle. Onanisme, gâtisme. Pneumonie et pleurésie (?) à un an. Coqueluche à 2 ans. Connaissance presque nulle.

1892. *Entérite, ictère, syncopes.*

AUTOPSIE. — *Sutures gorgées de sang, distendues. — Crâne asymétrique (Plagiocéphalie) ; — absence de synostose ; — persistance de la fontanelle antérieure. — Adhérence de la dure-mère au crâne. — Méningo-encéphalite dissé-*

minée sur les deux hémisphères du cerveau. — Tubercule du poumon gauche.

Gauch.., (Adrienne), âgée de 3 ans, née à Paris, le 12 mars 1889, est entrée le 18 mai 1892 à la Fondation Vallée (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. (*Renseignements fournis par la grand'mère paternelle de l'enfant* le 28 mai.) — *Père*, 32 ans, imprimeur en taille douce. Pas de convulsions, pas de fièvre typhoïde, de rhumatisme, de chorée, ni de traces de syphilis. Sobre ordinairement, sauf quelquefois les jours de paie. (D'après sa femme, il faisait de nombreux *excès de boisson*. D'après sa mère, il ne s'enivrait jamais.) Pas de migraines. Caractère emporté. — [*Père*, ébéniste, sobre, mais violent, mort à 65 ans, de la rupture d'un anévrisme de l'aorte. — *Mère*, 72 ans, couturière. Cataracte double; pas d'alcoolisme. (D'après sa bru, elle commettrait aussi de nombreux *excès de boisson*; mais cette femme venait très régulièrement voir sa petite-fille, tandis que sa bru n'y est venue qu'une fois en 6 mois; de plus, elle n'a jamais paru ivre ou déraisonnable pendant ces visites, qu'elle faisait malgré toutes les intempéries.) — *Grand-père paternel*, mort à l'Hôtel-Dieu, après l'opération de la pierre. — *Grand'mère paternelle*, morte à 60 ans, de la rupture d'un anévrisme aortique. — Il n'y a ni *oncles* ni *tantes paternels*. — Sur les dix *oncles* ou *tantes maternels*, un seul est vivant; il a eu des *convulsions* à 6 mois, et a porté « des mécaniques aux jambes » jusqu'à 18 ans. Sa taille n'atteint que 1 mètre 20 de hauteur. Il n'a marché qu'à 5 ans. Ses jambes sont égales. — Deux *tantes maternelles* sont mortes toutes jeunes, de convulsions. — De quatre *frères*, aucun n'est vivant: un d'eux est mort à 16 mois de *méningite*, un autre, garçon « très instruit, » s'est noyé volontairement à 19 ans, on ne sait pourquoi. — Sur quatre *sœurs*, aucune n'est vivante. L'une d'elles est morte à 18 ans d'attaques d'éclampsie. — Dans le reste de la famille, pas d'aliénés, pas de bègues, de sourds-muets, de difformes autres que celui qui est mentionné ci-dessus, pas d'autres suicidés, pas de débauchées.]

Mère, 26 ans, brodeuse. On ignore si elle a eu des convulsions. Fièvre typhoïde vers l'âge de 10 ans. Elle n'a eu ni chorée, ni rhumatisme, ni dartres. Pas de traces de syphilis. Elle est sobre, pas emportée, n'a pas de migraines. Elle a été soignée, avant son mariage, à la Salpêtrière, comme hystérique,

par M. Charcot. Elle a eu quelquefois des attaques de nerfs. Elle est très faible et anémique. Elle prétend actuellement avoir une maladie de vessie. Elle lit beaucoup de romans et fait des vers. — [*Père*, mort phthisique ; caractère doux. — *Mère*, 55 ans, ne peut plus exercer son métier de blanchisseuse parce qu'elle a une « maladie du ventre ». Elle a eu des attaques de nerfs. On ne sait si elle fait des excès de boisson. Très colère et alors « on dirait une folle ; elle tremble ; ses membres se retournent ». — Les *grands-parents paternels* et *maternels* sont totalement inconnus. — Ni *frères* ni *sœurs*. Pas d'aliénés, d'épileptiques, d'idiots, bègues. sourds-muets, etc.]. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 6 ans. Après son mariage, endoctrinée par une de ses tantes, la mère de G... refusa à son mari pendant 15 jours, tout rapprochement sexuel. Le mari perdit patience et s'informa auprès de sa mère. Sur l'avis de celle-ci, il insista et obtint un rapprochement, après lequel il n'essuya plus de refus. Les tantes de la jeune femme lui avaient dit qu'il ne fallait pas qu'elle eut des enfants. Elle en a eu deux, et est encore enceinte, presque à terme. (Depuis, l'accouchement a eu lieu, et l'enfant est mort au bout de 3 semaines). Des deux *enfants* vivants, deux filles, l'une a 2 ans, et ne parle qu'à peine, mais elle comprend ; elle est très petite (1). L'autre, l'ainée, est :

Notre malade. — On ne sait rien au sujet de la *conception*. Au début de la *grossesse*, il y eut quelques troubles digestifs. Pas de coups, chûtes ou peurs. Envies fréquentes, souvent non satisfaites. Deux syncopes de courte durée, au début de la grossesse. Pas d'albuminurie, pas d'accidents nerveux. Pas de tentative ouverte d'avortement, mais pendant toute cette grossesse, la mère affecta une position bizarre, les membres inférieurs pliés dans tous leurs segments ; les pieds sur les barreaux d'une chaise. La belle-mère pense que sa bru avait l'intention d'entraver sa grossesse et lui disait que « c'était elle qui en souffrirait, et que l'enfant viendrait tout de même. » Au contraire, la mère et une tante de la jeune femme lui répétaient qu'elle n'aurait pas dû avoir d'enfants. — *Accouchement* à 7 mois, sans grandes douleurs, La mère se préoccupait à peine de son état. Enfant toute

(1) Elle a été admise à la Fondation Vallée le 31 décembre 1892 : elle parait simplement arriérée.

petite » grassouillette » du poids d'un kilogr.—A la *naissance*, pas d'asphyxie. On a attendu l'arrivée de la sage femme, qui a lié le cordon. — L'enfant n'avait pas d'ongles. — Elevée d'abord au chalumeau avec le lait de la mère, elle fut nourrie ensuite au biberon avec du lait de vache. A deux ans seulement elle a commencé à manger. — Trois jours après sa naissance, l'enfant eut de *petites contorsions* que la mère prit pour du rire, et que la grand'mère croit être des *convulsions*. L'enfant avait les yeux convulsés en haut, les membres supérieurs étaient agités de quelques mouvements, durant trois ou quatre secondes. Il ne paraissait pas y avoir syncope. Ces crises se sont renouvelées cinq ou six fois en un mois ou six semaines puis ont cessé complètement.

Première dent à 2 ans. La dentition a été complète on ne sait à quel moment. L'enfant, à 2 ans, a commencé aussi à dire : papa, maman; elle jamais rien dit de plus. Elle n'a jamais marché. Les tentatives d'onanisme ont été réprimées par les parents.

L'enfant n'était ni agitée, ni bruyante. Elle avait peu d'appétit et mâchait difficilement. Elle rejetait, dans les panades, les morceaux de pain cuits insuffisamment. Pas de vomissements, mais diarrhée quelquefois, durant peu de temps. L'enfant, habituellement constipée jusqu'à l'âge de 2 ans, l'est moins maintenant. Elle gâte continuellement; en dernier lieu, cependant, elle se reculait jusqu'au bord du lit, « comme les petits serins. » Elle urine rarement sur les personnes qui la tiennent, mais par terre, lorsqu'on l'y pose.

Elle aurait eu, à l'âge d'un an, une *fluxion de poitrine* et une *pleurésie* (?). Elle n'a eu ni bronchite, ni hémoptysie, ni variole, ni rougeole, ni scarlatine, ni chorée, ni fièvre typhoïde, ni diphtérie. Vaccinée à 3 mois. *Coqueluche* à 2 ans, d'une durée de 6 mois accompagnée d'un grand affaiblissement.

Jusqu'à 2 ans, cette enfant était « une petite marmotte. » Elle ne tenait pas les objets qu'on lui mettait aux mains. Depuis ce moment, elle prend les objets avec ses mains, se sert de ses jouets, déchire des feuilles de papier. Elle ne cherche pas à jeter par terre les objets qui sont sur un meuble. Elle reconnait et aime bien sa grand'mère, pour laquelle elle se montre très affectueuse, mais connait à peine sa mère, qui, d'ailleurs, ne s'occupe pas d'elle.

Etat actuel (31 *mai* 1892). — Enfant pâle, d'apparence chétive, avec prédominance marquée du développement crânien sur celui du reste du corps. Cheveux blonds, implantés réguliè-

rement, avec un tourbillon postérieur régulier. — *Crâne* volumineux, presque trigonocéphale, fortement asymétrique: les bosses occipitale et pariétale du côté droit sont plus saillantes que celles du côté gauche. Les bosses pariétales font une saillie considérable. De chaque côté existe une dépression allant à peu près du bregma d'abord en dehors et en avant, puis en bas et en dehors, le long des bords du frontal. Pas de traces de fontanelles.

Face presque arrondie, sans expression. Arcades sourcilières déprimées. Paupières également mobiles et tombantes. Fentes palpébrales assez grandes Sourcils châtains, assez abondants. Cils châtains foncés, bien disposés. Orbites assez grandes. Pas de blépharite, pas d'exopthalmie. Appareil musculaire de l'œil naturel. Sensibilité de la conjonctive normale. Pas de conjonctivite. Iris châtain. Pupilles égales, réagissant naturellement à la lumière. L'examen fonctionnel, reposant sur les signes fonctionnels, est ici impraticable. — *Nez* un peu camus ; lobule intact, peu volumineux ; pas de déviation. Narines assez grandes. L'enfant semble respirer habituellement par le nez. Pas de signes d'odorat. — Pommettes non saillantes, symétriques. — *Bouche* légèrement en accent circonflexe. Largeur, 4 centimètres. Lèvres assez minces. L'enfant ne bave pas. Voûte et voile du palais non déformés. Langue de volume ordinaire. Amygdales assez petites. Réflexe pharyngien normal. L'enfant paraît aimer les substances sucrées. Elle fait la grimace au sulfate de quinine. — *Dentition* complète, en assez bon état. — *Menton* en pointe, petit. — *Oreilles*, de conformation régulière, assez petites, minces ; la droite est presque appliquée contre l'apophyse mastoïde ; la gauche est assez écartée ; lobule petit, non adhérent. Pas d'otorrhée. L'enfant entend bien.

Cou assez court, circonférence 23 centimètres 5. Corps thyroïde légèrement perceptible.

Thorax étroit, proéminent, obliquement de haut en bas, c'est-à-dire de la fourchette à la pointe. De chaque côté, au niveau de l'appendice xiphoïde, à 2 centimètres en dehors de chaque ligne mamelonnaire, se trouve une dépression profonde, en entonnoir, paraissant située au niveau de la huitième côte. — Colonne vertébrale présentant une courbure dorsale à concavité postérieure légère. Il existe au contraire dans la région lombaire une courbure à convexité postérieure. —*Poumons* : sonorité normale. Quelques râles sous-crépitants disséminés à gauche dans toute l'étendue. Rien à droite. La

pointe du cœur bat dans le quatrième espace intercostal. Pas de frémissement. Premier bruit bien frappé, mais précédé d'un souffle diastolique assez difficile à percevoir à cause de l'agitation et des plaintes de l'enfant. Deuxième bruit dédoublé très nettement. Pouls régulier, assez fort, serré.

Abdomen un peu ballonné, assez souple. Matité hépatique très peu étendue. Rate non perceptible. — Bassin petit, même relativement à la taille de l'enfant.

Puberté. Glandes mammaires non développées. Aréoles très petites, mamelons non saillants. Aisselles, pénil et grandes lèvres glabres. Celles-ci sont un peu saillantes. Capuchon très petit. Clitoris à peine visible. Petites lèvres, 4 à 5 millimètres. — Vestibule assez profond. Fourchette bien marquée. Orifice de l'hymen non visible. Muqueuse saine.

Membres supérieurs d'inégale longueur. Bras et avant-bras de conformation normale. Doigts et ongles hippocratiques des deux côtés. Trois petites cicatrices de vaccine à chaque bras. Motilité normale. L'enfant se sert de ses mains, surtout de la droite, pour prendre les objets. Elle ne sait pas se servir de la cuiller.

Membres inférieurs. Le droit est plus long que le gauche. Il en est de même des deux membres supérieurs l'un par rapport à l'autre. Genu valgum droit. L'enfant remue bien ses jambes, mais ne marche pas.

Sensibilité générale normale, sauf pour la température, que l'enfant ne paraît pas apprécier suffisamment. Étudiée pendant son séjour à la Fondation Vallée, l'enfant présente quelques modifications ou particularités : au bout de quelques semaines, elle commença à manger et ne prit plus le biberon que la nuit ; elle eut fréquemment du strabisme convergent, mais il faut remarquer qu'elle regardait souvent ses mains de très près. Il a toujours été impossible de fixer son attention.

20 *juillet*. — Diarrhée verte. Potion avec acide lactique 2 gr.

24 *juillet*. — Pas d'amélioration. Créoline, 0 gr. 20 cent. par jour dans un julep de 120 gr. L'enfant va mieux pendant quelques jours, puis refuse de prendre la potion.

9 *septembre*. — Diarrhée, amaigrissement, hypothermie depuis le 31 août, la température variant de 36° à 35°,4. Potion avec acide lactique, 3 gr.

11 *septembre*. — Pas d'amélioration. Créoline 0 gr. 20 par jour, eau de chaux dans le lait.

13 *septembre*. — Encore un peu de diarrhée, mais elle n'est plus verte. Hier soir, *syncope*. — Alimentation : lait ; poudre de viande, une cuillerée à bouche par jour. — *Trai-*

tement. Oxygène à volonté, boules d'eau chaude. Continuer la créoline, le bismuth. Une cuillerée à café d'eau de chaux par gobelet de lait. — *Poids* ; 6 k. 500.

21 *septembre*. — Depuis deux jours, la température, qui était descendue à près de 35° est remontée au-dessus de 36°. L'enfant prend bien la poudre de viande. Elle n'a plus de diarrhée.

18 *octobre*. — Revaccination sans résultat (26 *octobre*).

12 *novembre*. — Depuis hier, l'enfant a de l'*ictère*, avec coloration de la peau, des conjonctives, de l'urine, et décoloration des matières fécales. — Lait. On continue la potion alcoolisée parce que l'enfant ne veut pas prendre de lait sans rhum.

15 *novembre*. — L'ictère a beaucoup diminué. Les matières commencent à se colorer.

16 *novembre*. — Augmentation de la coloration de la peau et des conjonctives.

20 *novembre*. — L'ictère a entièrement disparu. L'enfant reste très-pâle.

9 *décembre*. — Gauc... maigrit de nouveau et paraît très faible. Cependant elle demande encore, par des cris, son lait, additionné de poudre de viande et de rhum.

10 *décembre*. — Cette nuit, l'enfant a eu une *syncope*. Ce matin, elle est d'une pâleur exsangue. Les yeux sont légèrement voilés. Le pouls est assez bon. Pas de paralysie. T. R. 37° et 37°, 6.

11 *décembre*. — T. R. 36°, 8. — *Soir* : 37°, 4.

12 *décembre*. — T. R. 36°, 7. — *Soir* : 36°, 6.

13 *décembre*. — T. R. 36°, 4. — *Soir* : 36°, 5.

14 *décembre*. — T. R. 36°, 5. — *Soir* : 36°, 4.

15 *décembre*. — Après avoir été un jour encore dans un état inquiétant, G... paraît aujourd'hui absolument remise. Elle réclame de nouveau, par des cris, son alimentation habituelle. T. R 36°, 3. — *Soir* : 36°, 5.

16 *décembre*. — T. R. 36°, 2. — *Soir* : 36°, 5.

17 *décembre*. — T. R. 36°, 4. — *Soir* : 36°, 2.

18 *décembre*. — Ce matin, la face a une teinte plombée. L'enfant est absolument inerte, mais elle répond par des mouvements aux excitations cutanées vives. La respiration est calme. Le pouls est encore assez fort. — Elle est morte à 7 heures du soir ce même jour, sans grimaces ni contorsions. — *Poids*, après décès, 5 kilogr. — T. R. aussitôt après la mort 35°, 2 ; 1/4 d'heure après, 34°, 3 ; 2 heures après: 33°. La température de la salle était de 18°.

AUTOPSIE faite 40 *heures après le décès.* — On a de la peine à détacher la calotte à cause des adhérences de la dure-mère. On est obligé de faire une section circulaire de cette membrane, qui adhère très fortement aux os des sutures interfrontale, fronto-pariétale, interpariétale, et dans le voisinage de cette dernière. *Les sutures sont gorgées de sang, et la partie osseuse voisine est considérablement vascularisée.* Le lendemain de l'autopsie, alors que la calotte avait macéré et était complètement nettoyée, les sutures restaient très nettement accentuées par des dentelures rouges; les parties osseuses voisines étaient également très rouges.

La calotte est très asymétrique: le pariétal droit se développe d'une façon prononcée en dehors et en arrière; il en est de même de l'occipital du même côté. Les deux pariétaux se présentent sous la forme de saillies hémisphériques. La région frontale est également hémisphérique; la bosse frontale gauche est plus saillante que la droite. L'épaisseur des os est très inégale (1); il existe des points translucides : 1° autour de ce qui reste de la fontanelle antérieure; 2° en bas et en arrière dans une étendue de 6 à 7 centimètres carrés de chaque côté; 3° sur l'occipital, à droite et à gauche, dans les points correspondants à ceux qui sont indiqués pour les pariétaux. Les *sutures* n'offrent pas trace d'ossification à leur surface externe. La *suture coronale*, peu dentelée, ne l'est pas du tout au niveau des points dernièrement ossifiés de la fontanelle antérieure. Les deux autres sutures, *sagittale* et *lambdoïde*, ne sont pas non plus ossifiées. Au niveau de la dernière, existent de petits ilots osseux (*os wormiens*).

Des *fontanelles*, il ne reste que l'antérieure, représentée par une membrane translucide presque de niveau avec les os qui l'encadrent, et ayant environ un centimètre de long sur trois millimètres de large. Elle est dirigée obliquement de droite à gauche et d'arrière en avant.

La *pie-mère* est vascularisée sur les faces convexe et interne, principalement sur leurs deux tiers postérieurs. A la base, la vascularisation est légère.

Les *nerfs olfactifs, optiques*, les *tubercules mamillaires*, les *artères*, les *pédoncules cérébraux* sont symétriques. *Corps pituitaire* de la grosseur d'un petit pois.

---

(1) Sur l'occipital, 2 mm., à peine; 6 et 7 mm. sur la coupe de la partie antérieure des temporaux et un millimètre sur celle de la partie postérieure; sur le frontal, 3 à 4 mm.

Il s'écoule environ 20 gr. de *liquide céphalo-rachidien*.

Encéphale	925 gr.
Hémisphère cérébral droit	410 gr.
Hémisphère cérébral gauche	410 gr.
Cerveau	820 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	45 gr.
Hemisphère cérébelleux gauche	45 gr.
Bulbe et protubérance	15 gr.
Cervelet et isthme	105 gr.

Hémisphère cérébral droit. — Face convexe. La *scissure de Sylvius* est bien développée et son écartement permet d'apercevoir le lobule de l'insula d'apparence normale. Le *sillon de Rolando* est contouré en S très allongée. Le *lobe frontal* présente les traces de nombreuses *adhérences* plus particulièrement sur F^1 et F^2 dont la couche périphérique a été presque complètement enlevée dans la décortication. F^3, bien qu'étant le siége de nombreuses *adhérences*, est beaucoup moins altérée. — La suture préfrontale est nettement indiquée. F A. altérée dans ses deux tiers inférieurs, est saine dans son tiers supérieur. — Le *lobe pariétal* et le *pli courbe* n'offrent pas d'altérations macroscopiques. — La *scissure perpendiculaire externe* est très faiblement accusée. — Le *lobe occipital* est à peu près sans altération mais les adhérences sont nombreuses sur le *lobe temporal* et particulièrement au niveau des deux tiers antérieurs de T^1 et du tiers antérieur de T^2.

Face interne. — Les diverses régions de cette face n'offrent aucune lésion notable, leur disposition paraît normale. Le *corps calleux*, les *noyaux gris centraux*, les *ventricules* ne paraissent être le siége d'aucune anomalie, ni d'aucune altération.

Hémisphère gauche. Face convexe. Les scissures de ce côté sont plus profondes et plus régulières qu'à droite. Le *lobule de l'insula* est altéré dans sa partie antérieure où il offre des adhérences assez nombreuses. — Le *lobe frontal* présente les lésions les plus nombreuses. F^1 et F^2 ont une *apparence gélatiniforme*. Ces circonvolutions sont petites, très contournées et divisées par de petites fissures transversales. F^3 est moins altérée mais a un aspect analogue. La *scissure préfrontale* est très accentuée. Le *sillon de Rolando* est nettement accusé. — F A, P A sont saines. — Le *lobule pariétal*

supérieur présente au niveau de sa partie toute supérieure des altérations semblables à celles que nous avons constatées sur le lobe frontal. — La *scissure perpendiculaire externe* est très accentuée. Le *lobule pariétal inférieur*, le *lobe occipital* sont d'apparence normale. Rien sur T[1]. *Adhérences* nombreuses sur toute la surface de la région inférieure du lobe *temporal*.

Face interne. Elle paraît saine dans toute son étendue. Signalons cependant des *adhérences* assez profondes au niveau de l'origine de F[1].

Rien de particulier au corps *calleux*, aux *ventricules, ni aux noyaux gris* centraux.

Le *cervelet* n'offre aucune altération macroscopique. — Le *bulbe* et la *protubérance* sont d'aspect normal et parfaitement symétriques. La *moelle* est symétrique et d'aspect normal tant à la périphérie que sur les coupes de ses différentes régions.

Cou. — *Thymus* du volume d'un petit haricot. — *Corps thyroïde* normal. — *Larynx* et *trachée*, rien de particulier.

Thorax. — *Poumons* : gauche (85 gr.), très congestionné sur son bord postérieur ; droit (72 gr.). Le sommet est un peu œdémateux ; il est beaucoup moins congestionné que le gauche et présente, à la partie moyenne de son bord postérieur, un *tubercule* assez consistant, de la grosseur d'un pois. — *Cœur* (38 gr.), petit, ferme, avec ses vaisseaux saillants à la surface. L'aorte, l'artère pulmonaire et leurs valvules n'ont rien de particulier. Le ventricule gauche est fortement épaissi ; sa paroi atteint jusqu'à 8 millimètres. La valvule mitrale ne paraît pas anatomiquement rétrécie ; le bord libre de sa grande valve est un peu épaissi mais souple. Le sommet des piliers du ventricule gauche est légèrement scléreux. Rien d'anormal au ventricule droit.

Abdomen. — *Foie*, non adhérent, de couleur brune. (260 gr.) Vésicule remplie de bile. — Les *reins* sont très congestionnés, et pèsent chacun 32 gr. — *Rate* (25 gr.), de consistance ferme ; sa capsule est épaissie, adhérente par places. — Pas de lésions *intestinales*. — Ganglions mésentériques hypertrophiés et assez durs. — Le *péritoine*

pariétal n'a rien de particulier. — *Vessie* de forme allongée, remontant presque jusqu'à l'ombilic. — *Utérus* de la grosseur d'un haricot, d'une longueur de $0^m,04$. Les *ovaires* ont une longueur de $0^m,03$, une largeur maxima de $0^m,007$ et une épaisseur de $0^m,003$.

RÉFLEXIONS. — I. Nous n'aurions pu nous prononcer d'une manière précise sur les *excès alcooliques* du père et de la grand'mère paternelle de l'enfant en présence des renseignements contradictoires qui nous ont été donnés, si une nouvelle enquête n'était venue les confirmer. Les excès de boisson du père de l'enfant auraient été constatés dès le troisième jour du mariage. Il vient d'être condamné pour faux à 4 mois de prison. Certains détails feraient présumer la syphilis, antérieurement au mariage (1). Nous notons encore dans la famille paternelle, plusieurs cas de *convulsions*, la *méningite*, l'*éclampsie*, etc. L'état nerveux de la mère ne laisse aucun doute. Elle avoue être très impressionnable, avoir composé beaucoup de poésies, mais nie avoir été atteinte d'*hystérie* et soignée à la Salpêtrière. Au sujet de sa mère, il n'y a pas de doute : elle a des crises nerveuses. Un des arrière-grands pères maternels de Gauc.. est mort d'une « paralysie au cerveau » en trois jours et une arrière-grand'mère d'un « coup de sang. »

II. La conception a eu lieu trois mois après le mariage et probablement durant l'ivresse alcoolique du père : « Quand il avait bu, il était très porté là-dessus, autrement il y pensait bien moins. Pour mes deux autres enfants, j'en suis sûre » (2).

III. La singulière attitude de la mère durant sa

(1) Il l'aurait contractée en Angleterre, où il était allé après s'être séparé de sa première femme.

(2) Elle affirme, contrairement à ce que nous avons dit plus haut (p. 175), qu'elle n'a pas refusée des rapports conjugaux.

grossesse a-t-elle eu une influence sur l'enfant, il est difficile de l'affirmer. Peut-être a-t-elle été en partie la cause de la naissance avant terme (7 mois). L'enfant n'a survécu que difficilement et les convulsions qu'elle a eues, dès le troisième jour, étaient sans doute liées à la *méningo-encéphalite* rendue évidente par l'autopsie.

XV.

Épilepsie symptomatique ; état de mal, élévation de la température ; mort.

PAR BOURNEVILLE ET DAURIAC.

SOMMAIRE. — *Père nerveux, quelques excès de boisson. — Tante paternelle hystérique. — Mère nerveuse ; névralgies faciales ; excès de boisson durant la grossesse. — Grand-père maternel, mort asthmatique. — Cousine, morte de méningite. — Tante maternelle, très nerveuse. — Pas de consanguinité ; inégalité d' âge de 10 ans.*

Naissance avant terme (8 mois). — Allaitement au lait de chèvre. — Premières convulsions à 3 jours, ayant duré pendant 4 ou 5 heures — Premières dents à 6 mois. — Secondes convulsions à 6 mois. — Marche des convulsions de 6 mois à 4 ans. — Rémission des convulsions de 4 ans à 6 ans 1/2 — Parole et propreté précoces. — Marche à 18 mois. — Rougeole à 6 ans 1/2 suivie du retour des convulsions. — Rémission de 6 ans 1/2 à 7 ans. — A 7 ans, peur vive suivie le lendemain de convulsions qui ont duré 3/4 d'heure. — A partir de là, étourdissements. — Premier accès vers 7 ans 1/2; — retour des accès tous les deux mois ; de 9 ans 1/2 à 11 ans accès hebdomadaires. — Maximum des accès en 24 heures, 20. — Coqueluche vers 3 ans. — Intelligence conservée à l'entrée. — Affaiblissement de l'intelligence et modification défavorable du caratère en 1892. — Etat de mal épileptique : mort.

Autopsie : sclérose atrophique et méningite chronique.

March... (Valentin), né le 17 novembre 1879, à Grand-Abbergement, canton de Brémon (Ain), entré le 23 octobre 1890, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), est décédé le 22 décembre 1892.

Le jeune malade nous arrive le 23 octobre 1890 avec le certificat médical suivant, signé de M. le Dr Cadet de Gassicourt :

Je soussigné, médecin de l'hôpital Trousseau, certifie que le jeune March.., âgé de 10 ans, est atteint de mal épileptique parfaitement caractérisé, que les attaques épileptiques sont au nombre de 8 à 10 par jour, qu'elles s'accompagnent de troubles intellectuels et que cette maladie nécessite son entrée immédiate dans un hôpital spécial, au point de vue de sa santé et de la sécurite publique.

L'enfant est propre à l'entrée, et n'offre rien de particulier. Dès le 31 octobre, il est admis à l'infirmerie, se plaignant de maux de gorge. Il accuse aussi des douleurs lombaires, a de la fièvre (40° hier au soir) ; sa peau est chaude et moite. *Traitement :* diète, régime lacté et 0,75 de sulfate de quinine.

La fièvre dure une quinzaine, sans qu'il fut possible de faire un diagnostic précis. L'état général est bon, et malgré cela, l'enfant se plaint de maux de tête, de douleurs articulaires, et dans la gorge et de névralgies. L'intelligence reste complète. Le traitement par le salicylate de soude (2 gr.) donne de bons résultats et le 3 janvier on peut signer l'*exeat*.

Antécédents. (Renseignements fournis par la mère le 5 décembre 1890, *complétés par le père* le 16 mars 1891.) — *Père,* 47 ans, ancien notaire, s'occupe d'affaires. Il se porte bien, mais est très nerveux : il se met très facilement en colère. Il ne buvait pas au moment où l'enfant est né. Il boit beaucoup aujourd'hui ; il a quelquefois des gastralgies et a été traité à Lyon pour une anémie du cerveau. Il n'a pas de migraine et n'a jamais eu la syphilis. Il est né à Marseille de parents lorrains. Il a acheté une étude de notaire dans un canton de l'Ain, sans avoir aucun parent dans ce département L'enfant est né là. Le père n'a jamais eu de rhumatismes ni de dartres. Il s'est marié à 29 ans, n'a pas fait de service militaire, en étant exempté par sa qualité de fils aîné de veuve. Il n'est plus avec sa femme depuis trois mois. Il a perdu toutes ses ressources dans un cabinet d'affaires. — [*Père,* brigadier des douanes, mort à 39 ans d'une fluxion de poitrine. — *Grands-parents paternels*, peu connus. Il a eu des oncles et des tantes du côté paternel issus de deux lits. Aucun ne présentait rien de particulier au point de vue nerveux. Aucun des enfants n'était névropathe. — *Mère,* morte à 53 ans de la fièvre typhoïde. Elle se portait habituellement bien, mais était fort nerveuse. — *Grand-père maternel,* mort à 83 ans, d'une cystite. —

Grand'mère maternelle, pas de détails. — Pas d'oncles ou de tantes connus du côté maternel. — Une *sœur* mariée, sans enfants, a été sujette à des *crises nerveuses* qui n'avaient rien d'épileptique. — Il ne voit rien dans le reste de sa famille au point de vue nerveux. Pas de tares héréditaires, pas de malformations, pas d'aliénés, etc.].

Mère, 37 ans, s'occupe de son ménage ; c'est une femme d'apparence robuste, au teint rouge, paraissant intelligente. Elle n'a jamais eu de convulsions, de fièvre typhoïde, de migraines, de rhumatismes ou de dartres. Elle se plaint de souffrir parfois de *névralgies faciales* très douloureuses, et pour lesquelles on lui a souvent fait des injections de morphine. — [*Père*, mort d'un asthme à 72 ans. Il n'a eu que cette maladie. — Les *grands-parents* sont morts fort vieux. — *Mère*, très nerveuse, pourtant elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, et n'a jamais fait d'excès de boisson. Elle est morte à 58 ans d'une maladie du foie qui parait avoir été une cirrhose atrophique. — *Grand-père maternel*, mort de pleurésie purulente. — *Grand'mère*, morte d'une maladie de matrice avec pertes. — Quatre *oncles maternels* se portent bien : l'un d'eux, capitaine de vaisseau en retraite, a maintenant 72 ans. Il souffre du foie. — Pas de *tantes maternelles*. — Les enfants de ses oncles et tantes jouissent d'une bonne santé ; pas de maladies nerveuses, pas d'aliénation mentale, pas de bègues, Toutefois, une cousine germaine a eu une fille qui est morte à 21 ans de *méningite*. — Un *frère* et ses trois enfants se portent bien et n'ont jamais eu de convulsions. — Une *sœur* sans enfants, est très nerveuse ; elle a eu de 18 à 19 ans de petites *crises nerveuses*.

Pas de *consanguinité ;* mais notons que le père et la mère du père étaient cousins germains, de même que les grands-pères et grands'mères paternels et maternels de l'enfant (côté du père).

Un seul *enfant :* notre malade. — A la *conception*, rien de particulier ; le père ne buvait pas. — La *grossesse* a été mauvaise : vomissements du commencement à la *fin ;* chute en bas d'un escalier, à laquelle la mère attribue l'accouchement prématuré. Elle signale deux émotions violentes : La première serait survenue vers le troisième mois. C'était durant la nuit ; son mari se mit fort en colère parce qu'elle l'avait dérangé pour satisfaire un besoin. Cette émotion aurait déterminé une hémorragie utérine pour laquelle on l'a soignée. Elle n'a jamais été battue par son mari. La seconde émotion eut lieu

un mois avant la naissance de l'enfant; elle fut occasionnée par son mari rentrant ivre et qui criait très fort. (A cette époque, il buvait très rarement; il n'a commencé à s'adonner sérieusement à la boisson que depuis 5 ou 6 ans à la suite de ses pertes d'argent).

Accouchement naturel, sans chloroforme à 8 mois. M.. était faible, chétif, ne pesait que deux kilogr.: il n'y avait pas d'asphyxie. Trois jours après la naissance, l'*enfant* fut pris de *convulsions généralisées*. Elles durèrent quatre ou cinq heures et étaient fort intenses. La bouche était tirée à droite, les bras contracturés, de même que tout le corps. Elles n'étaient pas plus marquées d'un côté que de l'autre. A la suite, l'enfant ne voulut plus prendre le sein. On fut obligé de le nourrir avec des lavements nutritifs, et au lait de chèvre, pendant trois semaines environ après sa naissance. Il fut ensuite confié à une bonne nourrice et se développa vite. A 6 mois, au moment de la poussée des dents, l'enfant fut pris de *nouvelles convulsions*. Leur durée fut de 30 *minutes*. Les deux bras étaient contracturés.

March... fut nourri au sein jusqu'à 17 mois et sevré dès lors complètement. Il ne marcha qu'à 18 mois. Il disait papa et maman à 6 mois. Il grandit jusqu'à 4 ans en ayant des *convulsions* du même genre. Il en eut en tout trois ou quatre. Elles étaient moins fortes, duraient moins longtemps que les précédentes. La bouche, les yeux et les muscles de la face étaient seuls intéressés.

De 4 ans à 6 ans $^1/_2$ rien ne se produisit. A 6 ans $^1/_2$, rougeole compliquée de *convulsions* nouvelles. — A 7 ans, son père rentre ivre, une nuit où l'enfant était couché avec sa mère. Celle-ci avait fermé sa porte; le père la défonça. L'enfant se mit à crier: « au secours. », parce que son père voulait battre sa mère; les agents montèrent et tout se calma. March... se rendormit, mais dès le lendemain, il avait une *série de convulsions* qui durèrent trois quarts d'heure. Depuis cette époque, il était sujet à des *étourdissements* qui lui venaient deux fois par mois. Six mois après, il avait un accès.

De 8 ans, à 9 ans $^1/_2$ il aurait eu des crises tous les deux mois environ. De l'âge de 9 ans, à l'époque de son placement, il en avait plusieurs fois par semaine. Le plus long intervalle entre elles, durant cette année, a été de 8 jours. Le maximum des accès en 24 heures aurait été de vingt. — Pas de folie, pas d'automatisme, pas de procursion, pas d'aura. Sommeil consécutif de une heure. Au réveil, il était lucide; pas de modification du caractère. Pas de traumatismes gra-

ves au cours des accès, ni en dehors d'eux, une seule fois il s'est blessé au front.

Pas de vers, pas d'onanisme. Pas de scarlatine, pas de fièvre typhoïde, pas de diphtérie, etc. Coqueluche vers 3 ans.

Quelques accidents de gourme à la face, et quelques glandes au cou; pas d'abcès, pas d'otite. L'enfant fut mis en classe; il était intelligent et apprenait bien: « C'était le plus travailleur de sa classe ». Il sait lire, calculer, faire des analyses. Les accès ne firent pas diminuer son intelligence, mais amenèrent un certain degré d'inhabileté dans les mains. Le père alla consulter à la Salpêtrière. On administra du bromure et on envoya l'enfant en observation à l'hôpital Trousseau chez M. Cadet de Gassicourt, où il resta 18 jours. C'est de là qu'on l'envoya à Bicêtre.

État actuel (10 *janvier* 1890.) — Pâleur de la face. Pas d'embonpoint, mais pas d'émaciation. Air souffreteux. Peau pâle, rosée en certains points, sans cicatrices. Quelques petites excoriations à la main et aux avant-bras, marques de vaccine aux deux bras. Absence de poils sur toute l'étendue du corps. Pas d'adénite axillaire ou inguinale.

Tête ovoïde, plus élargie que normalement à la partie supérieure; asymétrie de la face : le côté gauche semble moins développé. Crâne assez volumineux mais non déformé; bosses frontales légères; fontanelles oblitérées. Cheveux châtains foncés, régulièrement implantés.

Face ovoïde; arcades sourcilières peu saillantes, pas d'excavation de l'orbite; pas d'exophthalmie; *strabisme* divergent à droite. Le bord externe de la cornée droite est en contact de l'angle externe de l'œil. Iris verdâtre; pupille non déformée, mais mydriase accusée à droite; pas de synéchies, pas de troubles du côté de la cornée, ni de la conjonctive. Paupières saines. Pas de blépharite, pas de larmoiement. Vision normale; pas de diplopie, excepté au moment où les accès vont venir. La paralysie a débuté, il y a trois ans, lorsque les accès se sont montrés pour la première fois; quand le strabisme s'est établi, il y a eu de la diplopie qui a duré deux mois, et de l'incertitude de la marche durant trois mois Acuité visuelle naturelle. Pas de rétrécissement du champ visuel.

Nez droit, assez long, étalé à la base; les narines ne sont pas déformées, regardent en bas et en avant; pas de déviation de la cloison; *odorat* normal. — Pommettes peu saillantes, régulières; sillons naso-labiaux peu accentués. *Bouche* petite, rectiligne, lèvres minces, non éversées; pas de paralysie de

l'orbiculaire; le mouvement de siffler ou de souffler se fait bien. — Langue et voile du palais normaux. Le *goût* ne présente aucune anomalie. Pas d'hypertrophie des amygdales, pas de végétations adénoïdes.

Menton arrondi. — *Oreilles* assez grandes, larges en haut, mal attachées, assez écartées du point d'insertion; l'ourlet est bien conformé ainsi que les autres parties constituantes. *Ouïe* normale.

Cou grêle; pas de saillie du corps thyroïde. Mouvements du larynx normaux.

Membres supérieurs amaigris, peu musclés mais réguliers et cylindriques; mains violacées, doigts en fuseaux, un peu larges à l'union des phalanges, et des phalangettes, et des phalangines. Ongles courts et bombés.

Membres inférieurs: rien de particulier, pas d'amaigrissement, pas de déviation rachitique, pas de pied plat. Orteils normaux.

Thorax non déformé, pas de rachitisme. *Abdomen* peu volumineux. *Organes génitaux* : bourses petites, testicules non descendus. On les sent à l'anneau. Anus normal.

Pas de troubles de la *sensibilité*.

1891. 14 *février*. — *Traitement*: Sirop de fer, huile de foie de morue, hydrothérapie au 1er mars. Passé le 15 février à la Grande Ecole.

2 *mars*. — Légère *conjonctivite* de l'œil droit, qui amène son entrée à l'infirmerie.

Juin. — *Notes d'école*. Instruction élémentaire assez bonne. Intelligence bien développée; mémoire exercée. Il se complait dans les mauvaises fréquentations et la note du maitre émet la probabilité d'habitude de pédérastie avec 2 de ses amis. Il n'a cependant jamais été surpris. Il n'est pas voleur. Il est remuant et très taquin en classe. Il se tient propre, et a soin de ses vêtements. Au réfectoire, il mange proprement. A l'atelier du tailleur, qu'il a choisi, il ne montre aucun goût pour le métier et est insupportable. Bonnes notes de gymnastique. Il n'a aucune aptitude pour le chant, sa voix est fausse. Il commence à faire de l'escrime.

18 *juillet*. — *Peau*. — *Puberté*. Visage et aisselles glabres. *Nævus* pigmentaire dans l'aisselle droite. Un autre *nævus* un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic. Testicules égaux, du volume d'une petite olive. Circonférence de la verge 48 millimètres; — longueur, 35 millimètres. Fin duvet au pénil, au périnée et à l'anus.

1892. 4 *janvier.* — *Puberté.* Verge : longueur, 0,045 mm. ; — circonférence. 0,045 mm. Gland incomplètement découvrable. Testicules du volume d'une noisette. Quelques petits poils noirs naissants sur le pénil, les aisselles. Dos et poitrine glabres. Figure glabre. Quelques poils noirs et courts à la partie antéro-interne des jambes. Périnée glabre.

Mensurations de la tête :	1891 — Février	1891 — Juillet	1892 — Juin
Circonférnece horizontale maxima	51. 5	51. 5	52.
Demi circonférence bi-auriculaire	34. 5	34.	34.
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	35. 1	34.	35.
Diamètre antéro-postérieur maximum	16. 6	16. 5	17. 2
— bi-auriculaire —	12. 6	12. 6	12. 5
— bi-pariétal —	15. 2	15. 2	15.
Hauteur médiane du front	4. 5	4. 5	4.

	1890		1891		1892	
	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet
POIDS	»	24 k.	24 k. 200	26 k. 200	30 k.	34 k. 10[illegible]
TAILLE	»	1 m. 28	1 m. 28	1 m. 3	1 m. 35	1 m. 3[illegible]

Juin. — Ses notes d'école constatent que son *caractère* est devenu très mauvais, qu'il taquine tout le monde, se moque de ses camarades, et montre la plus grande susceptibilité lorsque ces derniers lui rendent la pareille. Tout le dégoûte et rien en classe n'a le don de l'intéresser. Il ne se trouve bien nulle part, et se lève constamment. Il ne peut s'astreindre à un travail assidu. Il ne fait plus aucun progrès. Il ne se plaît que dans la société de camarades plus âgés. On n'a pas constaté d'onanisme. March... se néglige, est moins propre ; ses vêtements sont sales et jamais boutonnés. — A l'atelier, aucun progrès. A la gymnastique, le maître se montre assez satisfait. Il est très mou à l'escrime.

15 *décembre.* — March... entre à l'infirmerie ayant été signalé comme ayant des accès répétés.

Dates.		Accès.	Total.
17 décembre..	Nuit du 16 au 17	11	21
	Journée du 17	10	
18 décembre..	Nuit du 17 au 18	12	24
	Journée du 18	12	
19 décembre..	Nuit du 18 au 19	13	44
	Journée du 19	31	
20 décembre..	Nuit du 19 au 20	22	61
	Journée du 20	39	

Traitement : Lotions vinaigrées froides; sinapismes multiples; chloral, 3 gr.; élixir polybromuré, 4 gr.

21 *octobre.* — Dans la nuit, a eu 14 accès. Voici l'état de l'enfant ce matin (11 heures 1/2). Il est dans la résolution musculaire complète. Couché sur le dos, il regarde dans le vague, les paupières entrouvertes. Les conjonctives sont congestionnées, les pupilles dilatées, les globes oculaires fixes. Il n'y a pas de nystagmus: Les réflexes oculaires, conjonctivaux et pupillaires sont conservés. La respiration est lente, bruyante, irrégulière, on compte 15 à16 inspirations très profondes par minute. La connaissance semble exister. L'enfant a souri un peu en voyant son père; il se plaint et paraît souffrir. La sensibilité cutanée est peu manifeste: l'enfant n'exagère pas ses plaintes et ne remue pas quand on le pique. Les lèvres sont fuligineuses, la bouche entrouverte; il n'y a pas de contractures des masseters. Le pouls est à 144. Pas d'incontinence d'urine.

Rien d'anormal à l'auscultation du cœur, si ce n'est le rhythme précipité. La raie méningitique se produit facilement. Tous ses muscles sont dans la demi-flexion et prennent sans résistance la position qu'on leur donne.

3 heures. — L'enfant est dans le même état que ce matin à 11 heures. Il a eu un accès à 2 h. 1/2. Nous notons un affaiblissement considérable du pouls (142). Tous les muscles sont dans la résolution.

3 h. 10. L'enfant est pris d'un *accès* qui s'annonce par la contracture des muscles. La bouche est encore entrouverte, mais on ne peut produire l'abaissement de la mâchoire. Au bout de 4 ou 5 secondes, surviennent des mouvements rhythmiques des lèvres et des paupières, puis le malade ouvre large-

ment la bouche et la tient ainsi ouverte pendant toute sa crise. Des secousses cloniques se manifestent alors dans les bras également des deux côtés. Elles sont très brusques, durent une ou deux secondes, puis le malade écarte les bras et les met en croix Il les ramène ensuite en pronation les poings fermés, les pouces dans la position normale. Il a de nouveau quelques secousses cloniques. Les muscles du visage sont également animés de quelques spasmes.

Les yeux, portés fortement en haut (pupilles également dilatées), reprennent leur position normale, puis tous les muscles reviennent en résolution. Les jambes n'ont présenté que de légers mouvements cloniques. Pas d'évacuation durant l'accès. Le tout a duré 2 minutes. A la fin, quelques cris gutturaux. Le pouls est un peu plus fort.

3 h. 20. Nouvelle crise absolument semblable. Notons une faible exagération des mouvements toniques du côté gauche.

MOIS.	1890		1891		1892	
	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.
Janvier	—	—	»	»	»	»
Février	—	—	37	»	37	7
Mars	—	—	41	»	2	6
Avril	—	—	»	»	»	»
Mai	—	—	»	»	27	»
Juin	—	—	»	»	»	»
Juillet	—	—	33	1	4	»
Août	—	—	»	»	21	2
Septembre	—	—	»	»	8	3
Octobre	—	—	»	»	»	»
Novembre	49	»	»	»	»	1
Décembre	»	»	»	»	194	»
Totaux	49	»	111	1	293	19

Le membre inférieur gauche a été animé de mouvements convulsifs qui se sont ensuite manifestés à gauche. Les cuisses sont en adduction, les jambes en légère abduction. Durée une minute à peine. T. R. 39° après la crise. L'enfant reste ensuite dans l'état de torpeur décrit ce matin, sans avoir la moindre connaissance. Durant ses crises, l'enfant est pâle; après la crise, il a le visage coloré, surtout aux pommettes. Application de quatre sangsues aux apophyses mastoïdes.

Marche des accès pendant l'état de mal.

16 *décembre.* — 3 accès dans la journée.
11 accès dans la *nuit* du 16 au 17 :

1er accès	à 8 h. 50.			
2e	—	à 9 h. 45.		
3e	—	à 10 h. 40.		
4e	—	à 11 h. 25.		
5e	—	à 12 h. 25.	T. pendant le ronflement.................	37°, 6
			— 1/4 d'heure après........................	38° »
6e	—	à 1 h. 25.		
7e	—	à 2 h. 20.		
8e	—	à 3 h. 05.		
9e	—	à 3 h. 45.		
10e	—	à 4 h. 25.		
11e	—	à 4 h. 50.		

17 *décembre.* — 10 accès dans la journée.

1er accès	à 6 h. 15.			
2e	—	à 6 h. 30.	T. pendant le ronflement.................	37° 8
			— 1/4 d'heure après........................	38° »
3e	—	à 7 h. ».		
4e	—	à 8 h. ».	T. pendant le ronflement.................	38° »
			— 1/4 d'heure après........................	30° »
5e	—	à 10 h. ».		
6e	—	à 10 h. 30.		
7e	—	à 1 h. ».		
8e	—	à 2 h. ».		
9e	—	à 2 h. 15.		
10e	—	à 3 h. ».	T, Pendant le ronflement.................	38° »
			— 1/4 d'heure après........................	38°, 3

Nuit du 17 au 18 : 12 *accès*.

6e accès	»	».	T. pendant le ronflement.................	37°, 6
			— 1/4 d'heure après........................	38° »
			— 2 heures après........................	38°, 9

18 *décembre.* — 12 *accès* dans la journée.

1ᵉʳ accès à 6 h.		
2ᵉ accès à 6 h. 15.	T. pendant le ronflement — 1/4 d'heure après	38°, » 38°, 1
3ᵉ — à 6 h. 30.		
4ᵉ — à 6 h. 45.		
5ᵉ — à 6 h. 50.		
6ᵉ — à 7 h. 10.	T. pendant le ronflement — 1/4 d'heure après	37°, 9 38°, 1
7ᵉ — à 7 h. 20.		
8ᵉ — à 10 h. 15.	T. pendant le ronflement — 1/4 d'heure après	37°, 8 38° »
9ᵉ — à 1 h.		
10ᵉ — à 2 h.		
11ᵉ — à 2 h. 30.		
12ᵉ — à 3 h. 25.		
13ᵉ — à 4 h. 30.		

19 *décembre.* — 31 *accès.*

1ᵉʳ accès	T. pendant le ronflement — 1/4 d'heure après	37°, 8 38°. »
3ᵉ accès	T. pendant le ronflement 1/4 d'heure après 1 heure après	38°, 2 38°, 5 38°, 1
10ᵉ accès	1 heure après 1/4 d'heure après	38°, 4 38°, 2

Nuit du 19 au 20 *décembre* : 22 *accès.*
20 *décembre* : de 6 à 11 heures du matin : 29 *accès.*

3ᵉ accès	Température 1/4 d'heure après	38°. » 38°, 2
6ᵉ accès	T. pendant le ronflement 1/4 d'heure après	38°, 3 38°, 4
10ᵉ accès	T. pendant le ronflement 1/4 d'heure après	38°, 4 38°, 6

De 11 heures 1/2 du soir à 8 heures : 5 accès.

1ᵉʳ accès à 2 h. 30.		
2ᵉ — à 3 h.	T. pendant le ronflement 1/4 d'heure après 2 heures après	38°, 5 38°, 6 38°, 5
3ᵉ — à 4 h.		
4ᵉ — à 4 h. 30.		
5ᵉ — à 7 h. 40.		

21 *décembre.* — De 6 h. à 11 h. 1/2 du matin, 21 accès. — De 11 h. 1/2 à 2 h. 1/2 : pas d'accès. De 2 h. 1/2 à 8 h. du soir : 18 accès : *T. R.* au 3ᵉ accès : 38°, 5. 1/4 d'heure après : 38° 6. —

R. au 6e accès : 38°,6. 1/4 d'heure après : 38°,6. — T. R. au 9e accès : 38°,6. 1/4 d'heure après : 38° 7. — T. R. au 11e accès : 39°. 1/4 d'heure après : 39°,1 ; 2 heures après 39°,2. T. R. au 17e accès : 39°,5. 1/4 d'heure après : 39°,8. — T. R. au 18e accès 39°,5, 1/4 d'heure après : 39°,5.

De 8 heures du soir à minuit : 4 accès. Pas d'accès le restant de la nuit. — L'enfant meurt le 22 décembre à 7 heures du matin. T.R. aussitôt après la mort : 40°,2 ; — 1/4 d'heure après 40° ; — 1 heure après : 38° ; 2 heures après : 36°,9 ; 4 heures 1/2 après : 35°.

Poids après décès : 32 kilogr. 100.

Autopsie *faite le* 23 *décembre* 1892. — *Tête.* — *Cuir chevelu*, peu épais, dur, légèrement coloré dans sa moitié supérieure, assez fortement vascularisé dans sa partie postérieure.

Calotte assez dure, symétrique, offrant un rétrécissement notable au niveau des ptérions, brachycéphalie manifeste. Très épaissie au niveau du front et de l'occiput, elle offre 0,01 centimètre d'épaisseur sur la ligne médiane vers le front, et 0,007 millimètres au point correspondant de l'occipital. Cette épaisseur va graduellement en diminuant de la suture fronto-pariétale à la suture squameuse, où la calotte n'offre que 3 mm. d'épaisseur. Elle est à peu près opaque en tous points, excepté au niveau de deux points symétriques des pariétaux, situés à 2 centimètres du bregma ; au niveau de la partie antérieure du frontal se trouvent des plaques légèrement transparentes, de la surface d'une pièce de 20 centimes correspondant à des dépressions légères ; la tache droite est plus mince et moins étendue que la gauche. Sur la table interne de la calotte on aperçoit, particulièrement sur les pariétaux, un nombre considérable de pertuis. Les sillons des vaisseaux méningés sont nombreux, arborisés et assez profonds sur les pariétaux. Les suture ne présentent en aucun point des traces de synostose. Elles sont toutes finement dentelées. Deux petits *os vormiens* se remarquent à la partie gauche de la suture lambdoïde. Pas de traces de la suture métopique.

La *dure-mère* est peu épaisse, non congestionnée; quelques adhérences au niveau des deux côtés de la tente du cervelet. Les sinus sont gorgés de sang coagulé. Les cavités de la base paraissent symétriques, le trou occipital est normal. — *Corps pituiatire*, rien de particulier. La *pie-mère* de la base est très-injectée. — Les *nerfs olfactifs, optiques*, les *tubercules mamillaires*, les *artères* et la *protubérance*, sont symétri-

ques. La pie-mère de la convexité est très-peu vascularisée : quelques plaques ecchymotiques à droite et à gauche. Les veines de la convexité et les artères de la base sont distendues par du sang fluide. Il y a une légère distension des veines sur les faces internes.

Le *cerveau* est ferme. La pie-mère de la protubérance est congestionnée : elle est épaisse et s'enlève facilement. — La *protubérance*, le *bulbe* et le 4e *ventricule* n'offrent rien de spécial.

Encéphale	1220 gr.
Hémisphère cérébral droit	520 gr.
— — gauche	545 gr.
Cerveau	1065 gr.
Bulbe et protubérance	20 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	65 gr.
— — gauche	70 gr.
Cervelet et isthme	155 gr.

Liquide céphalo-rachidien en petite quantité.

Hémisphère gauche — La décortication se fait assez facilement. mais, dans les sillons, la pie-mère semble un peu épaissie. Les circonvolutions sont bien plissées sur tout le lobe frontal. Sur le lobe pariétal et sur la pariétale ascendante, on note un aspect chagriné. Il en est de même pour la temporale

En arrière et sur la face interne on remarque de nombreux sillons superficiels sur les circonvolutions occipitales qui sont en partie *sclérosées* blanches et dures. — Le *ventricule latéral*, la *corne d'Ammon*, les *masses centrales* n'offrent rien de spécial. Sur les deux hémisphéres les circonvolutions sont tassées et on a peine à faire sortir la pie-mère des sillons.

Hémisphère droit — Ici aussi les circonvolutions pariétales sont plus grêles mais elles n'ont pas l'aspect chagriné. — Même particularité à gauche au niveau de la pie-mère, des sillons, etc. Sur la face interne on retrouve une *atrophie* avec *sclérose* du lobe occipital. — *Ventricule latéral, corne d'Ammon, masses centrales*, rien de particulier.

En résumé, en ce qui concerne le cerveau il n'y a à relever que : 1° le rétrécissement de la pie-mère et la sclérose des circonvolutions, indices d'une méningite chronique pouvant correspondre à l'affaiblissement intellectuel et à l'irritabilité notée dans les derniers temps ; — 2° la *sclérose atrophique* de la face interne des lobes occipitaux.

Cou. — *Larynx* et *trachée* normaux. — Persistance du *thymus*. — *Corps thyroïde* normal.

Thorax. — *Poumon droit* (350 gr.), sain sans ecchymoses. — *Poumon gauche*, (320 gr.), un peu de congestion hypostatique. — Pas d'ecchymoses.

Abdomen. — *Rein gauche* (200 gr.), un peu congestionné. — *Rein droit* (90 gr.), rien à signaler. — *Foie* (800 gr.), congestionné, brun à la coupe. — *Rate* (80 gr.), normale. — Pas de calculs dans la *vessie*.

Réflexions. — I. March.. est d'une souche nerveuse : son père est un violent dont la vie passablement agitée dénote une certaine dose d'instabilité mentale. Chez une de ses tantes paternelles, le nervosisme s'est traduit par des crises d'hystérie. Du côté maternel, même tempérament excitable, et en plus des *névralgies faciales* qui ont nécessité l'emploi de la morphine. Une cousine est morte de *méningite*.

II. La grossesse a été troublée par de fortes émotions, dues à des scènes de violence faites par le père. L'enfant, né à huit mois, a eu, trois jours après sa naissance, des convulsions. Ce sont elles qu'il faut rendre responsables de l'épilepsie ultérieure. Ces convulsions ont été d'emblée généralisées à tout le corps. Elles se sont renouvelées à diverses reprises jusqu'à l'âge de 7 ans. On ne saurait à notre avis préciser exactement l'époque où a débuté l'épilepsie et où finirent les convulsions.

Il nous paraît vraisemblable que la « série des convulsions » qui succéda à la frayeur nocturne éprouvée par l'enfant en voyant son père ivre, avait déjà le caractère des accès d'épilepsie. Des étourdissements se montrèrent aussitôt après et au bout de six mois éclata ce que les parents appellent le premier accès.

Les accès ne présentaient rien de particulièrement intéressant au point de vue symptomatique. Ils offraient

toutefois un certain degré de gravité puisqu'ils ne tardèrent pas à influencer la motilité de l'enfant. C'est après avoir constaté un certain degré d'inhabileté dans les mains de son fils que le père alla consulter à la Salpêtrière. Jusqu'au moment de l'entrée à Bicêtre le mal caduc n'avait pas retenti défavorablement sur l'intelligence de March.. C'est seulement en 1892 qu'on note une modification défavorable du caractère et une tendance assez marquée vers la déchéance intellectuelle.

III. L'inspection du crâne de notre malade ne peut rien faire présumer à première vue. Pas de microcéphalie, pas de malformation évidente. On observe seulement un élargissement de la voûte avec asymétrie faciale.

Les accès se produisaient par *séries* et durant son séjour dans le service (26 mois) on releva une rémission de trois mois, une autre de six mois, une de deux mois et deux d'un mois. C'est à la suite de la rémission de deux mois qu'est survenu l'*état de mal* auquel March. a succombé.

IV. Cet *état de mal* a été caractérisé par une période convulsive avec répétition à peu près incessante, à un moment donné, des paroxysmes spasmodiques. Les accès ont d'abord été complets et séparés par un court intervalle ; puis, ils sont bientôt devenus incomplets et subintrants. Dans l'intervalle des accès, à la fin, le malade ne reprenait pas connaissance et restait dans un état comateux. La température a oscillé entre 38° et 39° durant les premiers jours et le dernier, elle s'est élevée à 39°, 5. Le pronostic est alors devenu défavorable. Le pouls et la respiration, tous deux également précipités, n'avaient aucune tendance à changer de caractère. Le malade au fur et à mesure de la

répétition des accès ne répondait plus à aucune excitation. Sept heures avant la mort, après le dernier accès, la température était de 39°, 5 ; elle continua de monter et, aussitôt après le décès, on notait 40°, 2. Au point de vue de la *température,* ce fait confirme une fois de plus ce que nous avons dit, à savoir qu'elle s'élève durant l'état de mal épileptique.

Chez March. les convulsions ont prédominé tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, comme si la décharge s'était faite alternativement dans l'un ou l'autre des hémisphères cérébraux.

V. L'autopsie ne nous a apporté aucune notion nouvelle sur la nature et la localisation de mal. Peu de congestion dans la boite osseuse et dans les membranes du cerveau. Quelques plaques ecchymotiques de la pie-mère qui est congestionnée par places. Quant aux territoires du cerveau plus ou moins *sclérosés* ou d'*aspect chagriné* leur état doit être attribué aux séries convulsives de la première enfance.

XVI.

Idiotie complète ; méningite purulente ; congestion intense des os du crâne et distension des sutures ;

PAR BOURNEVILLE ET FERRIER.

SOMMAIRE. — *Pas d'antécedents. — Idiotie, cachexie, cécité. — Leucome total adhérent des deux côtés. — Parole et marche nulles. — Entérite à deux reprises. — Méningite avec cris et grincements de dents. Mort.*

Autopsie. Calotte extrêmement mince et molle. — Adhérences de la dure-mère au niveau des sutures. — Pas de trace de synostose. — Plaques très abondantes et étendues de méningite purulente. — Méningite chronique de la convexité et de la base. — Circonvolutions cérébrales et scissures assez irrégulières. — Rien de particulier dans les viscères.

Marti.., (Marcel), né à Paris, le 24 octobre 1890, est envoyé des Enfants-Assistés à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 6 mai 1892. En raison de son origine, nous n'avons aucun renseignement sur les antécédents héréditaires et personnels de cet enfant.

Etat actuel — Enfant pâle, d'aspect chétif. — *Tête* assez développée, asymétrique. Protubérance occipitale très proéminente. Bosse pariétale droite plus élevée et plus saillante que la gauche. Cette dernière est sur un plan plus reculé que la bosse pariétale droite. Bosses frontales latérales très peu marquées. Légère bosse frontale moyenne. Pas de trace de la fontanelle antérieure. Dépression nettement sensible au sommet du lambda. Cette dépression est constituée par la suture pariéto-occipitale. Cheveux blonds peu épais, très fins,

régulièrement implantés, avec tourbillon postérieur un peu à droite de la ligne médiane. Veinosités sous-cutanées au niveau du front et des deux régions temporales, mais plus acusées du côté droit.

Front convexe transversalement. Arcades sourcilières non saillantes Orbites assez grandes. Sourcils blonds, très-peu abondants. Cils longs et châtains. Paupières également mobiles, saines. Fentes palpébrales uffisantes. Globes oculaires profondément enfoncés dans l'orbite. *Strabisme* interne de l'œil gauche. Conjonctive péricornéenne saine. Cornée opacifiée des deux côtés, dans sa partie moyenne. L'*examen ophthalmoscopique*, fait par M. VIALET, interne des hôpitaux, montre à gauche et à droite, un *leucome* total adhérent, et de plus, à droite, une occlusion pupillaire et l'atrophie de l'iris.

Nez petit, bien conformé, droit. Narines assez grandes. L'enfant respire ordinairement par le nez. — *Bouche* 2 centimètres. Lèvres supérieure et inférieure bien conformées, toutes les deux rosées. L'enfant *suce* continuellement le pouce droit. — *Menton* petit. Pas de prognathisme inférieur. — Voûte palatine en ogive. La ligne médiane de la voûte est déviée à gauche. Pas de division de la voûte ni du voile du palais. Amygdales petites. L'enfant a neuf dents temporaires, 4 incisives supérieures, dont les 2 de gauche sont en retrait sur les inférieures; une grosse molaire supérieure à droite, et 4 incisives inférieures. Joues assez pleines, pommettes non saillantes. — Les *oreilles* sont inégales: la gauche a 4 centimètres de longueur, la droite 5 centimètres 5; la gauche est légèrement écartée et la droite s'écarte très nettement de la tête. Lobule non adhérent. Les diverses parties de l'oreille sont bien conformées. Pas d'otorrhée.

Cou, court: circonférence 22 centimètres. Corps thyroïde vaguement perceptible. Petits ganglions sous-maxillaires à gauche.

Thorax à peu près cylindrique. Circonférence: 44 centimètres. Sternum légèrement proéminent. Colonne vertébrale non déviée. Rien à la percussion. A l'auscultation, quelques râles ronflants des deux côtés en arrière. Rien au *cœur*, pouls régulier.

Abdomen souple, non douloureux à la palpation. Matité hépatique normale. Rate non perceptible.

Membres supérieurs égaux, sans saillies musculaires, assez abondamment pourvus de tissu graisseux sous-cutané. Les mouvements des deux bras paraissent possibles. Ongles minces.

Membres inférieurs égaux, assez développés. Pannicule adipeux assez épais. Les membres sont mobiles, mais occupent toujours la même position: flexion des cuisses sur le bassin et des jambes sur les cuisses. Les pieds sont régulièrement conformés, les ongles minces, aplatis. Le pli de l'aine gauche est le siège d'un érythème assez intense. L'enfant ne marche pas, mais tous les mouvements, spontanés et provoqués, des membres inférieurs sont possibles.

Peau glabre. — *Verge* : longueur, 2 centimètres 5. — Circonférence, 2 centimètres. Phimosis. Testicules du volume d'une petite noisette, placés tous les deux à l'orifice inférieur du trajet inguinal. Région anale normale.

Voix forte. L'enfant sent le contact le choc, les piqûres, et réagit sous l'effet des températures différentes de la sienne. — *Traitement* : 3 bains salés par semaine ; exercer l'enfant à marcher ; mettre de la teinture de coloquinte sur ses doigts ; l'empêcher de mettre ses doigts dans ses yeux (habitude fréquente chez nos enfants idiots atteints de *cécité*).

30 *juin*. — L'enfant a de la *diarrhée* depuis deux jours : selles vertes et pseudo-membraneuses. Potion avec 2 gr. d'acide lactique à prendre en deux jours.

2 *juillet*. — Amélioration légère. La diarrhée est toujours abondante et verte. Une cuillerée à café d'eau créolinée à 1 millième toutes les 2 heures.

4 *juillet*. — Revaccination sans succès.

12 *juillet*. — L'enfant n'a plus de diarrhée depuis 5 ou 6 jours. T. R. 37°, 2.

20 *juillet*. — T. R. 38°, 4. L'enfant maigrit énormément depuis quelques jours et son appétit se ralentit. Il pousse des plaintes continuelles, surtout la nuit. — *Soir*. Forte élévation de température : 40°, 2. — Diarrhée abondante et verdâtre. *Vomissements* bilieux, *grincements de dents; excitation*.

21 *juillet*. — T. R. 39°, 4. — *Soir* : 39°, 6.

22 *juillet*. — T. R. 3[illegible]°, 4. La diarrhée n'a pas cessé, et la maigreur augmente. *Raideur* de la nuque. Légère *parésie* du côté droit. Yeux caves et bistrés. Les *grincements de dents* continuent. La diarrhée cesse. — *Soir* : T. R. 39°, 6.

23 *juillet*. — T. R. 39°, 6. — *Soir* : 40°.

24 *juillet*. — Même état général. T. R. 39°, 9. La respiration s'embarrasse de plus en plus. — *Soir* : T. R. 39°, 3. — *Mort* vers 11 heures et demie du soir. T. R. aussitôt après la mort : 37°, 1 (?) ; — 1/4 d'heure après : 36°, 8 ; — 1 heure après : 32°. Température de la chambre : 18°. *Poids* après décès : 4 kgr. 900.

AUTOPSIE faite 34 heures après le décès. — *Tête.* — A l'enlèvement de la calotte, on éprouve les plus grandes difficultés : il y a, en effet, de nombreuses *adhérences* localisées au bregma tout le long de la suture sagittale, au lambda et aux deux branches de la suture lambdoïde. La *calotte est violacée, extrêmement molle et mince* : la plus légère traction suffirait pour la briser. Dans les efforts faits pour l'enlever *le frontal s'est désuni* d'avec le pariétal gauche, de sorte qu'il ne reste plus, à l'état intact, que la partie droite de la suture coronale, qui est très injectée. A la palpation, on sent, dans son interstice, une sorte de *bourrelet rouge*, vasculaire, formé par la membrane intersuturale, et qui forme saillie. En aucun point, cette suture n'est le siège d'un travail synostostique, pas plus sur la table interne que sur la table externe.

Encéphale	980 gr.
Hémisphère cérébral gauche	420 gr.
Hémisphère cérébral droit	415 gr.
Cerveau	835 gr.
Cervelet et isthme	130 gr.

Hémisphère gauche. — Lésions de *méningite purulente* extrêmement étendues. Les plaques méningitiques sont surtout abondantes au niveau de la scissure de Sylvius. Il y a là une plaque, de la largeur d'une pièce de 5 francs, qui rayonne sur le pied des circonvolutions frontales, sur la pariétale ascendante et sur l'extrémité des circonvolutions temporales. Les vaisseaux de la région sont fortement injectés. A la face interne on trouve des *plaques de méningite* disséminées un peu partout, mais principalement le long des vaisseaux et vers le lobule paracentral.

Hémisphère cérébral droit. Ici, les plaques de *méningite purulente* sont surtout localisées le long des vaisseaux. On retrouve ces lésions fort étendues le long de la sylvienne, et sur le trajet d'une grosse veine qui suit la scissure de Rolando. L'extrémité antérieure du cerveau est coiffée, jusqu'au lobule paracentral, d'une plaque méningitique continue qui descend également sur la face interne et sur la face externe. L'hexagone de Willis est entouré d'un lit purulent. Les vaisseaux qui rampent à la base du cervelet sont aussi le siège de plaques méningitiques abondantes.

Cerveau. — Morphologiquement, il présente quelques points intéressants : le peu d'obliquité de la scissure de Rolando des

deux côtés (à gauche elle est presque verticale, à droite elle s'incline un peu plus en arrière), l'obliquité au contraire bien prononcée de la branche horizontale de la scissure de Sylvius. Sur l'hémisphère gauche, le pli de passage superficiel qui unit en bas les deux circonvolutions FA et PA est comme rejeté en arrière. Les circonvolutions frontales n'offrent rien de particulier. Les circonvolutions FA et PA sont très sinueuses à gauche, presque sans plis à droite. Il y a lieu de noter un certain degré d'atrophie portant sur les circonvolutions qui bordent la scissure occipitale, du côté gauche seulement. Les circonvolutions temporales sont épaisses. — La circonvolution du corps calleux de l'hémisphère droit est très peu divisée, et, dans sa partie moyenne, est à peine séparée du corps calleux. Rien dans les ventricules ni à la corne d'Ammon.

Cou. — Persistance du *thymus*, qui est tout-à-fait rudimentaire. — *Corps thyroïde*, d'une conformation normale.

Thorax. — *Poumon droit* (70 gr.), rosé, sain; il est divisé en trois lobes bien distincts. Aucune trace de lésions tuberculeuses au sommet. — *Poumon gauche* (75 gr.), sain, divisé imparfaitement en trois lobes, de coloration rosée. — *Cœur* (55 gr.). L'oreillette gauche est partiellement remplie par un caillot fibrineux grisâtre. La valvule mitrale est saine. L'orifice de l'aorte est sain, ainsi que les valvules sigmoïdes. Pas de persistance du trou de Botal. Rien de particulier dans le cœur.

Abdomen. — *Foie* (225 gr.). Son appareil ligamenteux est intact. La vésicule biliaire contient de la bille fluide. Le foie parait sain à la coupe. — *Rate* (20 gr.), non altérée. — *Pancréas* (10 gr.), d'apparence saine. — *Rein droit* (30 gr.); *rein gauche* (27 gr.), sains. La décortication est facile. — Rien de particulier dans le *tube digestif*.

Réflexions. — I. L'observation de cet enfant est forcément incomplète, au point de vue des *causes de l'idiotie*, puisque nous n'avons aucun détail sur ses antécédents héréditaires ou personnels. Mais elle offre, relativement à l'enfant lui-même, trois points intéressants.

II. D'abord cet enfant est mort de *méningite céré-*

brale, à la suite d'une affection intestinale grave, de nature difficile à déterminer. En effet, quoique la diarrhée ait été le seul signe observé, du 30 juin au 8 ou 10 juillet, on peut se demander si l'enfant n'a pas eu une *fièvre typhoïde* (1), et rapprocher son cas de ceux d'autres enfants, atteints, dans le service, de cette même maladie, et qui sont morts de méningite purulente plus ou moins longtemps après. Il est regrettable que dans ces divers cas l'examen bactériologique n'ait pu être fait.

III. Le second point a trait au crâne. Ici nous constatons, comme dans la plupart des observations du service, qu'il *n'existe pas trace de synostose*, et que l'hypothèse qui a inspiré à M. le Dr Fuller d'abord (1877), puis à M. le Dr Guéniot (1889), ensui e à M. le professeur Lannelongue (1890) l'idée de la trépanation chez les idiots, n'est aucunement justifiée par la présente observation.

IV. Ainsi que nous l'avons noté, à diverses reprises, les *sutures* étaient distendues par *une sorte de cordon rouge, saillant*, constitué par une congestion intense de la membrane intersuturale, que l'on peut considérer comme une lésion concomitante de la *méningite* (2).

(1) Voici la *marche de la température* du 30 juin au 8 juillet, qui ne tranche pas la question :

30 juin. — *Matin* : 37°, 8. — *Soir* : 39°, 8.
1er juillet. — *Matin* : 37°, 4. — *Soir* : 38°.
2 — — 37°, 3. — — 37°, 5.
3 — — 37°, 4. — — 39°.
4 — — 38° — — 39°, 2.
5 — — 37°, 7. — — 37°, 5.
6 — — 37°, 4. — — 37°, 6.
7 — — 37°, 7. — — 37°, 7.
8 — — 37°, 5. — — 37°, 5.

(2) Voir page 172.

XVII.

Idiotie méningitique;

PAR BOURNEVILLE ET DAURIAC.

SOMMAIRE. — *Grand' mère paternelle morte épileptique (en état de mal probablement). — Mère émotive mais sans crises nerveuses. — Une tante paternelle de la mère épileptique. — Une sœur de la mère nerveuse, de caractère bizarre. — Un frère de la mère mort de congestion cérébrale. — Un autre frère de la mère a un fils paralysé et qui paraît être hydrocéphale. — Un autre frère de la mère enfermé à Bicêtre pour un accès de délire. — Pas de consanguinité. Inégalite d'âge de 16 ans.*
Accouchement par la face. — Travail ayant duré 5 heures. Allaitement au lait de vache Première dent à 2 ans passés. — Accidents scrofuleux. — Symptômes méningitiques en 1891. — Etourdissements quelque temps avant son entrée à Bicêtre. — Grincements de dents. — Accès de colère. — Tics. Parole à peu près nulle. — Broncho-pneumonie.
AUTOPSIE. — *Pas de trace de synostose. — Léger degré de persistance de la fontanelle antérieure. — Adhérences de la pie-mère à la dure-mère, d'une part, et avec la substance cérébrale d'autre part. — Broncho-pneumonie en foyers disséminés dans les deux poumons. — Hypertrophie des ganglions péritrachéo-bronchiques.*

Watteb... (Edouard, Gustave, Marie), âgé de 3 ans 1/2, né le 8 décembre 1888 à Paris, est entré le 14 mai 1892 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents héréditaires. (Renseignements fournis par la mère le 22 mai.) — *Père*, **65 ans, employé de commerce, ni**

fièvre typhoïde, ni convulsions ; pas de chorée, de rhumatismes, d'affections cutanées et aucun signe de syphilis. Congestion pulmonaire à 61 ans, depuis laryngite. Pas d'excès de boisson. Il fume deux ou trois pipes de tabac par jour. Pas de migraines. Marié 2 fois. La première femme, qui n'est pas la mère de notre malade, est morte de la poitrine, il y a 20 ans. — [*Famille du père.* — *Père*, mort d'une fièvre muqueuse et de scarlatine à l'âge de 57 ans. — *Mère* morte des suites d'*accès d'épilepsie* après la couche de son second enfant. Pendant la grossesse de son premier enfant, elle n'avait pas eu d'accès épileptiques. — *Grands-oncles, grandes-tantes :* aucun d'eux n'a jamais eu de maladies du cerveau. — De son premier mariage, le père de notre malade avait eu 5 enfants ; le premier est mort à neuf mois ; le second est mort en nourrice d'une maladie de langueur. Les trois autres étaient forts et vigoureux.]

Mère, 46 ans, couturière. Pas de convulsions; fièvre muqueuse à l'âge de 5 ans. Pas de chorée ; rhumatisme chronique depuis peu de temps. Pas de dartres, ni de migraines. Femme nerveuse, émotive, mais sans crises nerveuses. — [*Famille de la mère.* — *Père*, boulanger, mort à 78 ans, sobre, gai, un peu violent. — *Mère*, morte à 46 ans, hydropique, asthmatique, probablement atteinte d'une affection cardiaque. *Grands-pères* et *grands'mères paternels* et *maternels*, morts de vieillesse. — Une *tante paternelle*, âgée de 60 ans, est *épileptique*. Une *tante* et un *oncle maternels*, morts très âgés, n'ont jamais eu d'accidents nerveux. — 3 *frères* et 4 *sœurs*. L'aînée, 55 ans, très-nerveuse, a eu de grandes pertes utérines et de grands maux de tête ; elle est restée 2 ans dans un couvent, mais n'est plus dévote. — Le second, mort à 52 ans de *congestion cérébrale*, a eu quatre enfants bien portants. — Le 3me, 48 ans, vivant atteint de *tuberculose pulmonaire*, peintre en bâtiments, a eu plusieurs hémoptisies et des coliques de plomb. Pas d'accidents nerveux. De ses 4 enfants, 3 sont en bonne santé, mais l'autre, âgé de 6 ans, paralysé, a une tête énorme, qui lui rentre dans les épaules ; il ne fait que commencer à marcher, mais aurait sa connaissance ; il parle depuis peu. — Le 4e est mort très jeune, par suite « d'une conformation du gosier qui l'empêchait de manger. » La 5me, 44 ans, est bien portante, ainsi que ses 3 enfants. La 6me, 42 ans, n'a jamais eu de crises de nerfs ; elle a des dartres ainsi que sa petite fille. — Le 7me (Xho is Charles) est entré à Bicêtre le 13 janvier 1882 pour un *accès de folie*, déclare d'abord la mère de notre malade, pour une attaque de *delirium tremens*, déclare-t-elle une autre fois ; il en est sorti à peu près guéri. — La 8me,

38 ans, n'est pas nerveuse de même que ses 3 enfants. — Dans le reste de la famille, ni idiots, ni aliénés, etc.]

Pas de consanguinité. — *Inégalité d'âge.* Le mari a 16 ans de plus que sa femme. — Un *enfant*, notre malade. — *Conception*, rien de particulier. — *Grossesse* : durant les deux premiers mois, la mère a eu ses règles, mais peu abondantes; elle ne se croyait pas enceinte; deux mois après elle sentait l'enfant remuer. Ni chutes, coups, peurs, envies, syncopes, crises d'éclampsie, œdème, etc. — *Accouchement* à terme, sans chloroforme, présentation de la face; l'enfant resta 5 heures au passage. — *A la naissance*, bel enfant quoique « meurtri. » Pas d'asphyxie. *Allaitement* au biberon, avec du lait de vache. Sevré à 14 mois, il était alors dans un état pitoyable. Première dent après 2 ans. Il lui manque actuellement 2 dents. Pendant tout le temps qu'il a été en nourrice, il a été malade : abcès du côté droit de la tête sous le menton et otite suppurée, attribuées aux manœuvres obstétricales. Jusqu'en avril 1891, il fut malade, devint athrepsique. Le Dr Ducamp, qui le soignait, écrivait : « Il présente une faiblesse vertébrale, *un retard de l'ossification des os du crâne*, et un développement considérable du ventre qui sont caractéristiques de l'alimentation prématurée et du manque de soins chez les enfants en nourrice. »

En août 1891, il eut des *symptômes méningitiques*; il avait des *convulsions* des yeux, se frottait le front continuellement avec le dos de la main droite, « poussait des cris de bête fauve pendant longtemps. » Il se remit au bout de quinze jours à trois semaines sans paralysie consécutive.

Aucune *maladie infectieuse*; vacciné à 2 ans et demi avec succès. — Cholérine en août 1891. — *Anthrax* à 2 ans sur l'épaule. — Aurait eu le carreau; pas d'autres accidents scrofuleux. Pas de vers intestinaux. — Gâteux complet; pas de vomissements.

Laryngite (il y a un mois). — Pas d'accidents traumatiques. Huit ou dix jours avant son entrée à Bicêtre, il aurait été pris d'étourdissements qui revenaient trois fois par jour : il pâlissait un peu et se remettait tout de suite. La nuit, sa mère aurait observé « que, par moments, il retenait son haleine pendant quelques secondes, puis respirait très fort après. »

Il aime à jouer, est très affectueux; semble avoir bonne mémoire; ne dit guère que maman, papa, dada. — Il *grince des dents*, entre assez facilement en *colère*. Il ne bave pas, mâchonne son pouce. Pas d'onanisme. La mère attribue son

état à la *méningite* survenue, dit-elle, par le manque de soins en nourrice.

État actuel (26 *mai*). — Enfant bien portant, se laissant difficilement examiner. Crie continuellement, mais plus fort à certains moments. Aspect complètement inintelligent. Ne fixe son attention sur rien.

Crâne arrondi, assez volumineux, symétrique. Pas de saillies particulières des bosses pariétales ou occipitales. Bosses frontales distinctes. Pas de traces de fontanelles. Cheveux blonds, régulièrement implantés. Un tourbillon à droite de la ligne médiane à l'union des faces postérieure et supérieure du crâne. Impétigo sur la face.

Mensurations de la tête. (Mai 1892.)

Circonférence horizontale maxima	44, 5
1/2 circonférence bi-auriculaire	29
Distance de l'arti. occipito-atloïd. à la racine du nez.	31
Diamètre antéro-postérieur maximum	14, 4
Diamètre bi-auriculaire	11, 5
Diamètre bi-pariétal	13

Front, étroit (5 centimètres de hauteur). — *Face* presque circulaire, arcades sourcillères paraissant déprimées en comparaison de la saillie des bosses frontales. Orbites petites, Sourcils châtains, courts. Paupières également mobiles. Fentes palpébrales, dirigées un peu en haut et en dehors. Légère blépharite; cils châtains, courts, régulièrement implantés. Contraction presque continuelle des orbiculaires des paupières, donnant un aspect grimaçant à la figure de l'enfant (*tic*). Globes oculaires, paraissant mobiles dans tous les sens. Léger *strabisme* interne de l'œil droit. Iris gris clair. Pupilles égales, paraissant réagir à la lumière. *Nez* moyennement long, aplati d'avant en arrière, concave en avant. Lobule intact, narines assez grandes, dirigées en arrière et en dehors, souvent pleines de mucosités. L'enfant ne paraît pas respirer par le nez habituellement. Il est impressionné désagréablement par l'ammoniaque, ne paraît pas apprécier les autres odeurs. — Lèvres supérieure et inférieure normales; bouche: 3 centimètres, presque toujours entr'ouverte. Voûte et voile du palais, rien. — *Langue* de volume moyen, mobile. L'enfant avale bien. — *Menton* petit, en pointe. — Joues pleines colorées, pommettes non saillantes. — *Oreilles* très petites, lobule un peu adhérent, normalement conformées.

Cou court, 4 cicatrices circulaires, sous le bord inférieur droit du maxillaire inférieur. Circonférence : 23 centimètres. Corps thyroïde à peine perceptible. — *Parole* nulle.

Thorax assez développé; sternum projeté en avant décrivant une convexité antérieure. Pas de déviation de la colonne vertébrale. Pas de points douloureux. Cœur et poumons, rien.

Abdomen difficile à explorer à cause des cris de l'enfant. Au lieu de matité hépatique, on perçoit dans les régions du foie une sonorité continue avec celle des poumons, lequel, à l'auscultation, parait descendre jusqu'au cinquième espace intercostal. *Rate* non perceptible.

Organes génitaux. — Verge très courte, phimosis. Gland non découvrable. Testicule seul descendu ou du moins seul perceptible, Très petit comme un petit haricot. An usnormal.

Membres supérieurs normalement conformés; motilité et sensibilité normales. Cicatrices de vaccin aux deux épaules sur la partie supérieure et externe du deltoïde.

Membres inférieurs normalement conformés. Mobilité et sensibilité intactes. Le réflexe rotulien existe à droite, mais est très difficile à constater à gauche (probablenment à cause des mouvements continuels de l'enfant.

L'enfant *suce* sa langue et fait avec le voile du palais un bruit aérique suivi d'un mouvement de déglutition, cela depuis 20 minutes environ (*tic*).

27 *mai*. — *Traitement* : 2 bains salés par semaine, 10 minutes. Sirop iodure de fer; sirop antiscorbutique et exercices de marche; 4 teinture de Kola.

20 *juin*. — Légère amélioration, mais on ne parvient pas à le faire marcher.

28 *juin*. — Conjonctivite. Traitement : Collyre au nitrate d'argent 1/50.

17 *juillet*. — L'enfant bien qu'ayant encore un peu de conjonctivite a été pris en congé par ses parents le 14 juillet. Ceux-ci l'ont ramené en disant qu'il toussait. — Ce 17, T. R. 40°.9. A l'auscultation gros râles muqueux au niveau du hile pulmonaire des deux côtés. Pas de matité, ni de sub-matité. La toux est très fréquente. L'abattement est très prononcé. Les yeux sont cernés. Le sommeil est très agité et l'enfant pousse de petits cris rauques. Il ne veut prendre que du lait et des jaunes d'œufs. — *Traitement* : teinture d'iode ; oxygène ; sirop de tolu et diacode.

18 *juillet*. — T. R. 37°, 7. — *Soir* : 40°. Toux fréquente.

19 *juillet.* — T. R. 38°. — *Soir*: 39°.

20 *juillet.* — T. R. 38°. — *Soir*: 39°, 2.

21 *juillet.* — Grande amélioration. Il a mieux dormi. Il prend depuis quelques jours du sulfate de quinine. T. R. 38°, 6. — *Soir* : 40°, 4.

22 *juillet.* — T. R. 38°, 2. — *Soir* : 38°, 6.

23 *juillet.* — Hier soir la température est remontée à 40°, 6. Il y a de l'oppression, la respiration est pénible. L'enfant est abattu et peut à peine prendre quelques cuillerées de liquide. Il ne rejette pas ce qu'il prend. T. R. 38°, 4. — *Soir* : 40°, 6.

24 *juillet.* — T, R.39°, 8. — *Soir* : 40°.

25 *juillet.* — Ce matin il n'y a plus que 37°, 5. L'enfant est pâle mais parait assez éveillé, s'assied même sur son lit Il ne semble pas gêné dans sa respiration. Il n'y a que quelques petits râles fins à l'inspiration et à l'expiration du côté gauche en arrière. — *Traitement* : inhalations d'oxygène; sirop d'ipéca.

Soir. — La température est remontée brusquement à 39°. W. devient rouge pourpre, a de la dyspnée et vers 10 heures on note 40°, 9.

26 *juillet.* — La nuit a été assez tranquille. T. R. 39°, 2. L'état général de W... est mauvais : extrémités cyanosées; parties inférieures du corps froides ; dyspnée de plus en plus grande. Vers 2 heures de l'après-midi, il avale néanmoins très bien de l'antipyrine, puis surviennent de fréquents changements dans la face, le menton se refroidit, les mains et les pieds sont complètement glacés. Vers 4 heures, il expire T. R. aussitôt après la mort : 40°, 6 ; — un quart d'heure après : 39° ; — une heure après : 37°, 5 ; — 2 heures après 36°. — Température de la salle : 20°. — *Poids* après décès . 8 kilog. 200.

AUTOPSIE *faite le* 28 *juillet* (40 heures après décès). — *Tête. Cuir chevelu*, rien de spécial. — Les os du *crâne* sont minces et violacés par places ; la suture coronale est très sinueuse et ne porte aucune trace d'ossification tant sur la face interne que sur l'externe. La sagittale est régulière et n'est nulle part ossifiée. La lambdoïde, libre dans toute son étendue, porte dans sa branche droite un petit *os wormien*. La fontanelle antérieure est représentée par un léger espace triangulaire d'un centimètre sur deux de large : elle est tapissée par une mince membrane. L'artère méningée moyenne se creuse le long du bord antérieur des deux pariétaux un sillon profond dont le fond est représenté par une mince lamelle osseuse. — La *base du crâne* est symétrique. — Le *trou occipital* ne

semble pas rétréci — Les *sinus* renferment du sang fluide et des caillots noirs.

Encéphale	910
Hémisphère cérébral droit	415
— — gauche	410
Cerveau	825
Hémisphère cérébelleux droit	35
— — gauche	35
Bulbe et protubérance	10
Cervelet et isthme	80
Moelle épinière	non pesée.

Dure-mère: quelques adhérences au niveau de la suture sagittale. Quelques adhérences de la pie-mère à la dure-mère au niveau des lobes temporaux, surtout à gauche. *Corps pituitaire*, rien. — La *pie-mère* est très fortement vascularisée sur toute la surface des deux hémisphères. — *Liquide céphalo-rachidien* en quantité ordinaire.

Hémisphère droit. La pie-mère s'enlève très difficilement sur toutes les circonvolutions. Il existe des *adhérences* aussi bien sur la face interne que sur la face convexe. Partout on entraîne des fragments de la substance grise. Le ventricule latéral n'est pas sensiblement dilaté. Le corps strié, la couche optique, la corne d'Ammon n'offrent aucune lésion. La substance grise a une couleur qui rappelle celle de la chair de saumon. — *Glande pinéale*, rien de particulier.

Hémisphère gauche. Il y a également des *adhérences* très nombreuses entre la pie-mère et la substance cérébrale ; on détache des parcelles de substance grise en enlevant cette membrane. Les circonvolutions de la convexité n'offrent rien de particulier. Leur direction, leur volume sont normaux. Le *ventricule latéral* de ce côté est un peu *dilaté*. — Rien de particulier à la scissure de Sylvius, ni à celle de Rolando, ni à la corne d'Ammon.

Cou. Corps thyroïde, normal; — on a omis de signaler l'absence ou la présence du *thymus*.

Thorax. Poumon droit (155 gr.) profondément divisé en 3 lobes. Le lobe supérieur est le siège d'une congestion marquée vers le sommet et la partie la plus supérieure. Le lobe moyen est à peu près sain; on remarque pourtant dans la partie qui correspond à la scissure inter-lobaire inférieure des foyers étendus de *broncho-pneumonie.* Le lobe

inférieur est pris dans sa totalité; les foyers de broncho-pneumonie, d'un rouge foncé, sont très rapprochés et sont d'un rouge foncé. — *Poumon gauche* (138 gr.). Le lobe supérieur est sain. La partie la plus déclive de la face postérieure du lobe inférieur est occupée par des foyers de *broncho-pneumonie* très rapprochés. Un morceau du parenchyme pulmonaire coupé en cet endroit et plongé dans l'eau reste au fond. Les *ganglions* péri-trachéo-bronchiques, surtout ceux situés au niveau de la branche gauche de la trachée et de l'intervalle de sa bifurcation sont hypertrophiés; à la coupe nous ne les trouvons pas caséeux; ils sont seulement le siège d'une vive congestion. Un ganglion situé à gauche de la trachée atteint le volume d'une noisette. A la coupe, congestion, un peu de ramollissement et fort piqueté hémorrhagique. — *Cœur* (60 gr.). Les cavités gauches ne contiennent pas de caillots. Les valvules sont suffisantes et saines. Le calibre de l'aorte est normal; ses parois sont souples. Les orifices des artères coronaires sont situés au point d'affleurement du bord libre des sigmoïdes. Dans le ventricule droit, nous trouvons un petit caillot fibrineux et une petite concrétion calcaire à surface irrégulière, du volume d'un grain de chénevis; elle se trouve située sur une des colonnes charnues, à sa naissance à la pointe du cœur. Rien de particulier du côté de la tricuspide. L'oreillette droite offre un développement exagéré de l'auricule dans laquelle on introduit la pointe du médius. La cavité de l'auricule est tapissée par une série de colonnettes charnues qui sont disposées en une sorte de plexus très développé. Le trou de Botal n'existe plus, mais néanmoins la membrane qui le ferme est extrêmement mince et constituée par l'adossement des deux endocardes. — Rien à l'artère pulmonaire.

Abdomen. — *Rein droit* et *gauche* (39 gr). Ils ont une couleur blanchâtre; leur conformation est normale et il n'y rien à signaler du côté de l'uretère et du bassinet. Le parenchyme rénal parait un peu anémié ;la décortication est facile. — *Foie* (330 gr.), un peu congestionné; rien dans la vésicule biliaire. — *Rate* (31 gr.), normale; sa pulpe est un peu molle. — *Pancréas* (10 gr.), *intestin*, *vessie*, rien.

Réflexions. — L'*hérédité* se retrouve des deux côtés chez les ascendants de Watt... La grand'mère paternelle était *épileptique* et parait être morte en *état*

de mal. Chez le père il est impossible de trouver aucun stigmate de dégénérescence. — Du côté maternel c'est chez une tante que nous trouvons encore l'*épilepsie.* La mère elle-même est nerveuse et de caractère bizarre. Une de ses sœurs est exactement dans les mêmes conditions. Ses quatre frères ont été plus sérieusement atteints au point de vue nerveux : un d'eux est mort *paralysé*, un second est mort de *congestion cérébrale*, un troisième a un fils *paralysé* et *hydrocéphale*, un autre frère a été enfermé pour un *accès de délire.*

II. L'hérédité avait préparé le terrain pour l'évolution ultérieure d'accidents nerveux. — L'accouchement par la face s'est nécessairement accompagné de congestion encéphalique, et bien qu'il n'y ait pas eu d'asphyxie, cette complication a pu aggraver encore la situation créée par la prédisposition héréditaire. Le retard de la dentition, l'absence de la parole, etc., semblent indiquer un état congénital que la *méningite*, survenue à l'âge de 3 ans, n'a fait qu'accroître.

XVIII.

Idiotie symptomatique de sclérose atrophique;

PAR BOURNEVILLE ET DAURIAC.

SOMMAIRE. — *Père, caractère emporté. — Mère, caractère vif, morte en couches. — Grand'mère maternelle morte en couches. — Pas d'antécédents héréditaires dans le reste de la famille. — Pas de consanguinité. Égalité d'âges.*
Chute vers le sixième mois de la grossesse; courtes syncopes. — Accouchement à terme. — Asphyxie à la naissance; circulaires du cordon autour du cou. — Convulsions à 2 jours, revenant à intervalles de plus en plus éloignés. — Rémission des convulsions à un an. — Parole nulle. — Demi-parésie à droite vers 2 ans $^1/_2$. — Broncho-pneumonie. — Mort.
Autopsie : Sclérose atrophique prédominant à gauche. — Inégalité notable des hémisphères cérébraux (115 gr.) *et des hémisphères cérébelleux. — Dégénération secondaire. — Broncho-pneumonie.*

Louv... Maurice-Paul, né a Paris le 7 juin 1888, est entré à Bicêtre le 24 mars 1892 (service de M. BOURNEVILLE); il est décédé le 18 juillet 1892.

L'enfant entre à Bicêtre le 24 mars 1892 avec le certificat suivant du Dr Dauchez : « Est atteint depuis sa naissance de contractures généralisées des membres supérieurs et inférieurs ayant débuté par le côté droit et s'accompagnant de troubles intellectuels et sensitifs caractérisant l'idiotie et nécessitant son admission dans un asile spécial. »

Antécédents. (Renseignements fournis par le père le 29

mars 1892). — *Père*, 31 ans, teinturier, très vif de caractère. Il n'a jamais eu de convulsions, de fièvre typhoïde, de chorée, de rhumatismes, de dartres. Pas d'antécédents syphilitiques. Il a des habitudes très modérées au point de vue du tabac et de l'alcool. Il n'a jamais de migraines. — [*Père*, mort à 81 ans, sans avoir jamais été malade. — Sa *mère* a atteint 74 ans dans les mêmes conditions. — Nous n'avons pas de renseignements sur les *grands-parents paternels*. Les *grands-parents maternels* sont morts de vieillesse. — Six *oncles* ou *tantes* paternels. Le père ne les connait pas et n'a jamais entendu dire quelque chose de particulier sur leur compte. — Deux *frères* ainés en parfaite santé ainsi que leurs enfants qui n'ont jamais présenté de maladies nerveuses. — Il en est de même de ses deux *sœurs* et de leurs enfants. — Rien de particulier dans le reste de la famille : pas d'idiots, d'épileptiques, de paralytiques, de difformes, de sourds-muets, de bègues, de pieds bots, de prostituées ou de criminels]

Mère, femme de chambre, caractère un peu vif, sobre, non migraineuse, morte à 36 ans en couches. Elle n'aurait jamais été malade et n'aurait présenté ni convulsions, ni fièvre typhoïde. [*Père*, mort à 50 ans, on ne sait de quoi. — *Mère*, morte en couches à 36 ans. Le reste de la famille est totalement inconnu au mari. Cependant, rien de ce qu'il a entendu dire à sa femme n'expliquerait l'hérédité morbide recueillie par l'enfant.]

Pas de consanguinité. Les deux époux étaient, à quelques mois près, du même âge.

Quatre *enfants* sont nés de ce mariage : 1° garçon mort de la diarrhée verte ; 2° fille, 6 ans, bien portante et très intelligente ; 3° notre malade ; 4° fille, morte en naissant.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, rien d'anormal. — Dans le cours du sixième mois de la *grossesse*, la mère fit une chute sur les fesses. Pas de peur, pas d'envie. De temps à autre elle se trouvait mal mais revenait vite à elle. — *Accouchement* à terme. Le passage fut fort long. On n'eut recours cependant ni au forceps, ni au chloroforme. — L'enfant était *asphyxié* à la naissance. Il avait des circulaires autour du cou et on resta longtemps à le ranimer. Il paraissait un peu chétif. Il a été élevé au biberon avec du lait de vache. Pas de renseignements sur l'époque du sevrage, ni sur la manière dont se fit la dentition. La parole est encore nulle à l'heure présente. Premières *convulsions* à 2 jours. Elles ont duré très-peu et portaient principalement sur la tête. (Yeux,

face). Il tordait peu ses bras et ses jambes. Les convulsions se sont de nouveau montrées à intervalles éloignées, et avec une intensité moins grande. Elles disparurent à l'âge de 2 ans On s'aperçut à cette époque que l'enfant était *paralysé du côté droit* : il se servait très peu de ce côté. Il pleurait pour un rien. Peu gourmand, il était fort sale et faisait constamment sous lui. Il est encore gâteux. Il mastique mal, bave beaucoup mais ne vomit pas. Pas de mérycisme ni de vers intestinaux. Il a eu la rougeole mais pas de scarlatine, de varicelle, etc. Vacciné vers 4 mois. Jamais de chorée, d'épilepsie, de secousses, de vertiges, d'étourdissements. Il a eu de la *gourme*, sans otorrhée, dartres, blépharite ciliaire, conjonctivite, ou adénites. Il jouait seul ou avec les personnes qui l'entouraient, il cassait volontiers et projetait à terre les objets qui lui tombaient sous la main. Pas de traumatismes. Caractère affectueux, il reconnaît bien ses parents.

9 *avril*. —*Traitement* : 3 bains salés ; sirop d'iodure de fer ; massage et exercices de marche.

État actuel. L'enfant est pâle, peu adipeux, d'apparence chétive. Son facies exprime l'hébétude. Ses joues sont pleines et rondes. Lorsqu'on lui parle, il vous fixe et secoue sa tête de haut en bas comme pour répondre « oui ».

Les cheveux sont noirs et bien plantés. Il n'y a pas d'épis. — Le *crâne* est assez volumineux et asymétrique. Le côté droite paraît plus développé que le gauche. La bosse frontale droit est surtout proéminente. La bosse pariétale du même côté est aussi plus développée. La glabelle fait un relief à peine appréciable. L'inion est facilement senti. Il est impossible de se rendre compte de l'état des sutures et des fontanelles. Ces dernières paraissent comblées.

Le *visage* est plein et arrondi. Les arcades sourcilières sont bien dessinées. Les paupières, fines et bleuâtres, recouvrent complètement le globe oculaire. Il n'y a pas de lagophthalmos. Les sourcils sont noirs et assez fournis. Les cils sont longs, noirs et un peu relevés. Les yeux sont mobiles. Pas de nystagmus ; l'iris est châtain foncé, avec un cercle noirâtre l'encadrant. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Il est impossible, vu l'état intellectuel de l'enfant, de savoir s'il reconnaît les couleurs, s'il a de la diplopie, etc. — Le *nez* est droit et court, bien conformé. Pas de renseignements exacts sur l'*odorat*. Il paraît désagréablement impressionné par l'ammoniaque. — La *bouche* petite,

régulièrement conformée, est munie de lèvres charnues, bien dessinées. La voûte du palais et le voile sont normaux, ainsi que la langue et les amygdales Il est difficile d'être renseigné sur l'état du *goût*. L'enfant n'est pas gourmand et refuse quelquefois les friandises et la nourriture. — Le menton est rond, petit, situé sur la ligne médiane. — Les *oreilles* sont bien conformées.

Le *cou* est grêle, le corps thyroïde normal.

Le *thorax* est régulièrement conformé. Les poumons et le cœur sont normaux. — L'*abdomen*, un peu gros, a des parois résistantes. Le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés.

La *sensibilité générale* parait conservée à la douleur et à la température.

Puberté. L'enfant est tout-à-fait glabre. On trouve à peine quelques poils très fins et très rares sur les avant-bras et les jambes. Rien sous les aisselles. — La verge est petite, d'une longueur de 4 centimètres sur 3 1/2 de circonférence. Phimosis réductible. Les deux testicules sont descendus et de la grosseur d'un œuf d'oiseau. Rien sur le pubis, anus normal.

Les *membres supérieurs* sont en flexion. L'avant-bras est fléchi sur le bras, la main sur l'avant-bras. Il est difficile de relever son poignet qui retombe de lui-même. — La *cuisse* est également fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse et le pied est en position normale. Cet état n'est pas plus prononcé d'un côté que de l'autre. Cependant l'enfant saisit toujours les objets qu'on lui présente de la main gauche.

20 *juin*. — Louv... a été revacciné sans succès. Il porte d'ailleurs 3 cicatrices de vaccin à droite. Rien à gauche.

27 *juin*. — L'enfant tousse un peu. Il a de la fièvre :38°,4 au matin. Depuis quelques jours sa température oscillait autour de 37°,8. Cet état dure depuis le 22.

Les battements du cœur sont très rapides. A la percussion un peu de matité en arrière des deux côtés et aux bases. Quelques fines crépitations disséminées çà et là dans les deux poumons, mais surtout vers la base. — *Traitement :* Oxygène, sirop d'ipéca, 30 centigrammes de sulfate de quinine ; teinture d'iode en badigeonnages.

28 *juin*. — La température qui était hier au soir de 38°,7 atteint ce matin 39°,5. — Râles nombreux et fins dans la poitrine. Le pouls est extrêmement rapide. Il n'y a pas de dyspnée, ni d'agitation. La peau est brûlante. — Oxygène, ipéca, sulfate de quinine. — A 6 heures du soir : T R. 41°. L'enfant meurt à 11 heures 45. T. R. après le décès 42°,9 ; — 1/4 d'heure après

42° ; — 1 heure après 39°.7 : — 2 heures après 35°.7. Température de la salle : 23°. — *Poids* après décès, 14 kilog. 500.

AUTOPSIE faite le 30 juillet. — *Tête.* — *Cuir chevelu* assez fortement congestionné, même dans sa partie antérieure. *Crâne* mince, de texture compacte ; la crête occipitale est un peu déviée à gauche et la partie gauche de cet os est un peu déprimée. La fosse occipitale gauche est un peu plus petite que la droite. Nombreuses plaques transparentes le long de la suture inter-frontale et des angles antérieurs et supérieurs des pariétaux. La suture coronale est libre de tout travail synostosique. Les pariétaux présentent de nombreuses plaques minces, transparentes, occupant la moitié du pariétal gauche et les deux tiers du pariétal droit. — La *dure-mère* est un peu adhérente aux os. Un peu de sang fluide dans les sinus. La base du crâne paraît symétrique. Il en est de même des nerfs olfactifs et optiques, des artères, etc. Le *tubercule mamillaire gauche* parait plus petit que le droit. Le *pédoncule cérébral gauche* est moins large et moins bombé que le droit. La moitié gauche de la *protubérance* parait un peu déprimée. La *pyramide antérieure* gauche est moins saillante et moins large que la droite.

Lorsqu'on sépare les hémisphères cérébraux, il s'écoule une assez grande quantité de liquide *céphalo-rachidien.*

Encéphale	710 gr.
Hémisphère cérébral droit	355 gr.
Hémisphère cérébral gauche	240 gr.
Cerveau	595 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	50 gr.
Hemisphère cérébelleux gauche	55 gr.
Bulbe et protubérance	15 gr.
Cervelet et isthme	120 gr.
Moelle épinière	22 gr.

Hémisphère gauche. — La *pie-mère* est modérément injectée et cela sur toute son étendue ; teinte légèrement ecchymotique au niveau de la scissure de Sylvius. Elle s'enlève à peu près partout très facilement, — Les *circonvolutions* de la face convexe sont petites et très sinueuses. La pariétale ascendante est très *atrophiée*, trois fois plus petite que la frontale qui, elle-même, est peu volumineuse. La partie postérieure du lobe temporal est atrophiée. Toutes les circonvolutions ont leur consistance habituelle.

Sur la *face interne*, la F[1] est très atrophiée, *blanche* et *indurée* dans toute sa moitié postérieure; toute la partie correspondante de la circonvolution du corps calleux est blanche et considérablement atrophiée. Le *ventricule latéral* est notablement dilaté, la *couche optique*, le *corps strié* ainsi que la corne d'Ammon paraissent normaux.

Hémisphère droit. — La *pie-mère* s'enlève facilement. Les *circonvolutions* sont plus développées que de l'autre côté. La partie moyenne de la circonvolution du corps calleux est blanche, atrophiée et indurée. La partie postérieure de F[1], sur la face interne de l'hémisphère, est blanche, un peu indurée et légèrement atrophiée. Cette lésion est symétrique avec celle de la face interne de l'hémisphère gauche. La moitié inférieure de la pariétale ascendante est atrophiée et n'a pas changé de couleur ni de consistance. Sur le lobe de l'insula, il semble y avoir à gauche des lésions scléreuses et des nodosités atrophiques. Le *ventricule latéral* ne paraît pas dilaté. La *couche optique*, le *corps strié* et la *corne d'Ammon* paraissent normaux. Même vascularisation de la pie-mère sur cet hémisphère que sur l'autre.

Les deux hémisphères décortiqués paraissent très inégaux.

	Droit	Gauche
Longueur	0.152	0.144
Largeur	0.920	0.880

Cou. — *Corps thyroïde*, 6 gr.. — *Thymus*, 28 gr.

Thorax. — *Poumon droit* (110 gr.). *Hépatisation* rouge de tout le lobe inférieur dans la partie postérieure. Foyers de broncho-pneumonie disséminés dans le reste du poumon. La partie la plus antérieure du lobe supérieur est absolument saine. — *Poumon gauche* (90 gr.); nombreux foyers de *broncho-pneumonie* dans toute la hauteur de la face postérieure. Le sommet est sain. — *Cœur* (60 gr.), sain.

Abdomen. — *Foie* (530 gr.). Le lobe gauche est très développé et mince. Il affecte la forme d'une oreille de chien. La vésicule biliaire est vide de calculs. Parenchyme hépatique, sain. — *Pancréas* (30 gr.); — *Rein gauche* (40 gr.); — *Rein droit* (45 gr.), sains. — *Rate* (40 gr.), molle. — Rien à l'*estomac*, à l'*intestin*, ni à la *vessie*; pas de calculs vésicaux.

Réflexions. — I. L'*hérédité* ne semble avoir joué aucun rôle dans ce cas.

II. L'*asphyxie* de l'enfant à la naissance a été sans doute la cause des *convulsions* survenues au second jour de la vie et qui se sont reproduites à diverses reprises jusqu'à l'âge de deux ans. Rappelons que, au dire du père, elles étaient prononcées surtout à la face. Toutefois, sur ce point, il convient d'être réservé car les membres du *coté droit* étaient, a-t-on dit, plus paralysés que ceux du côté opposé.

III. Au point de vue clinique l'enfant était atteint d'*idiotie complète:* parole et marche nulles, gâtisme, etc. L'existence de contractures, dues à des convulsions répétées, permettait de rattacher l'état mental de Louv., à une sclérose du cerveau.

IV. L'autopsie a démontré la réalité de cette sclérose qui intéressait surtout l'hémisphère gauche dont le poids était de 115 gr. inférieur à celui de l'hémisphère droit. Relevons, enfin, la *dégénération secondaire* du *tubercule mamillaire* et du *pédoncule cérébral* du côté gauche, l'*atrophie* de la *pyramide antérieure* et de la moitié de la *protubérance* du même côté, enfin une diminution de poids de l'*hémisphère cérébelleux droit.*

XIX.

Idiotie symptomatique de sclérose cérébrale atrophique;

PAR BOURNEVILLE ET NOIR.

SOMMAIRE. — *Père, violent, excès de boisson. — Grand'mère paternelle, migraineuse, emportée. — Grand'tante maternelle, aliénée. — Mère, d'une intelligence médiocre, très nerveuse, fièvres paludéennes. — Grand-père maternel, excès de boisson. — Grand'mère maternelle, aliénée. — Pas de consanguinité. — Egalité d'âge. — Grossesse tourmentée. — Premières convulsions à 14 mois, prédominant à droite, répétées durant trois jours et suivies d'une hémiplégie droite. — Nouveaux accidents convulsifs à partir de 13 ans. — Parole et marche nulles; — gâtisme incomplet : — Atrophie des membres du côté droit.*

Autopsie : Synostose partielle de la suture lambdoïde; — Sclerose atrophique des circonvolutions frontales à droite et de celles du territoire de l'artère sylvienne à gauche. — Hepatisation rouge des lobes inférieurs des deux poumons.

Gob...Joseph Camille, né le 7 août 1876, entre le 24 décembre 1891, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. (Renseignements fournis par la mère le 10 janvier 1892). — *Père,* entrepreneur de déchargement à la gare du Nord, mort à 46 ans d'une bronchite, atteint déjà d'une affection cardiaque. Il avait de fréquentes *migraines, s'enivrait* fréquemment et chiquait pour 0 fr. 50 de tabac par jour. Calme et doux en temps ordinaire, il devenait méchant, étant ivre. Il était enfant naturel et son père ainsi que toute sa famille est inconnu.

Mère, 65 ans, sujette aux *migraines* et à des crises de gastralgie, vive et emportée. — *Demi-frère maternel*, sobre, calme, mort à 26 ans d'hémorrhagies auxquelles il était sujet et qui se manifestaient par le nez et par la bouche. — Une *tante maternelle* serait devenue *folle*, mais on n'a pas de renseignements précis à cet égard. A part cela, ni idiots, ni épileptiques, etc., dans le reste de la famille du père, à la connaissance de lamère de l'enfant.]

Mère, giletière, 52 ans, vivait avec le père sans jamais avoir été mariée. *Fièvres paludéennes* de 2 à 9 ans. Santé toujours délicate, crises gastralgiques très fréquentes, très émotive, pleure pour rien, repousse énergiquement tout soupçon d'alcoolisme. Elle n'a jamais eu de maladie grave. Grande, mince, sa physionomie peu sympathique parait médiocrement intelligente. — [*Famille de la mère*. — *Père*, cultivateur, mort à 62 ans du choléra, buvait beaucoup de vin, était coléreux et brutal, n'avait jamais été malade. — *Mère*, morte subitement à 62 ans, était *aliénée*; elle fut internée à l'asile de Châlons-sur-Marne, aurait eu du délire avec fièvre et se croyait persécutée. Sa maladie présentait des rémissions. Elle n'eut comme autre maladie que des esquinancies assez fréquentes. — Deux *frères* et une *sœur* morts en bas-âge, on ne sait de quoi. Aucun autre renseignement sur les antécédents pathologiques de la famille de la mère.]

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge : 5 ans, la mère était la plus âgée.

Quatre *enfants* : 1° *fausse couche* de 5 mois 1/2 ; — 2° un *garçon*, mort en naissant ; — 3° *Notre malade* ; — 4° un autre *garçon*, mort à un an d'entérite, n'ayant jamais eu de convulsions.

Notre malade. — La *conception* n'eut pas lieu pendant l'ivresse, mais la brutalité du père, l'hostilité de sa famille à l'égard de la mère, la misère du ménage, la rendaient absolument malheureuse.

Pendant la *grossesse*, forte émotion au 3me mois, dûe à des symptômes d'étranglement herniaire qu'aurait alors eu le père. Aucun autre accident. — *Accouchement* normal, à terme, sans anesthésie. Enfant bien portant à la naissance, ni asphyxie, ni circulaire du cordon. — Nourri jusqu'à 10 mois au sein maternel, puis jusqu'à 16 mois avec du lait de vache au biberon.

A 14 mois, après l'apparition de sa première dent, survinrent des *convulsions* sans cause apparente. Elles durèrent une

heure, donnèrent lieu à des secousses toniques violentes, exagérées très nettement du côté droit et accompagnées de pâleur de la face. Les convulsions se répétèrent très fréquemment durant 3 jours et, après leur disparition, l'enfant resta *paralysé à droite*, et présentait parfois de ce côté de légers *mouvements convulsifs* très passagers. Depuis 2 ans, il y eut une nouvelle recrudescence des convulsions et la mère prétend que l'enfant avait alors de véritables crises épileptiformes sans perte de connaissance (?). Jusqu'à cette époque, il n'avait pas eu de véritables crises convulsives, sauf celles de 14 mois. Gob.., n'a jamais pu marcher. Avant ses premières convulsions, il prononcait quelques mots, mais depuis il n'a plus poussé que des cris inarticulés. — Rougeole à 2 ans sans complications ; scarlatine assez grave à 4 ans 1/2 ; bronchite légère à 13 ans. Quelques abcès au cou à 2 ans, et engelures annuelles ; pas d'autres accidents scrofuleux. Il est glouton, ne peut manger seul, a des alternatives de constipation et de diarrhée. On n'a jamais constaté de vers intestinaux dans ses selles. A demi-gâteux, il urine sous lui, mais demande depuis l'âge de 5 ans pour aller à la selle. Il parait affectueux, aime les caresses, parait sensible aux reproches. Il a le sommeil assez agité, mais sans cauchemars, paraît fréquemment souffrir de *céphalalgies* frontales et est fréquemment pris de crampes dans les membres des deux côtés. Il est tranquille, s'amuse d'un rien et passe la journée à couper du bois avec un vieux couteau. — Les médecins auraient soumis l'enfant à des traitements, dont le bromure de potassium et le sirop de Gibert formaient la base.

État actuel (*8 janvier* 1892). — *Peau pâle.* Maigreur assez prononcée. *Atrophie notable de tout le côté droit.* Physionomie repoussante sans une lueur d'intelligence, ni la moindre expression dans le regard. Cheveux châtains, abondants, avançant sur les tempes, à tourbillon postérieur, situé à gauche de la ligne médiane. — *Tête* volumineuse, d'apparence symétrique. Bosses pariétales peu saillantes. Bosses frontales très marquées. Front assez élevé mais étroit. Pas de traces de sutures, ni de fontanelles à la palpation. Visage ovale à pommettes saillantes et menton carré. Arcades sourcillières très accusées, garnies de soucils châtains abondants. Paupières normales, cils courts et peu abondants. Fentes palpébrales petites. *Yeux* à motilité normale, ni strabisme, ni nystagmus. Pas de lésions de la conjonctive, ni de la cornée. Iris marron clair ; pupilles égales et à réactions normales. Examen fonc-

tionnel de la vue impossible. — *Nez* légèrement busqué, narines étroites, regardant en bas. — *Bouche* petite. Lèvre supérieure procidente ainsi que l'arcade dentaire supérieure. Palais, voile du palais, langue, normaux. Amygdales volumineux. *Goût* nul. — *Oreilles* grandes; ourlet peu accentué, lobule petit et détaché.

Cou: pas de goitre, larynx saillant, quelques petits ganglions carotidiens engorgés.

Thorax, maigre, saillies des côtes et du sternum. Le *rachis* offre une légère incurvation à concavité à droite. Pas d'anomalie révélée par la percussion ni l'auscultation.

Abdomen en bateau. Le foie et la rate paraissent de dimensions normales.

Puberté et *organes génitaux.* — Touffe de poils noirs longs et bouclés au pénil. — Verge: 7 centimètres de longueur sur 8 centimètres de circonférence. Prépuce court. Gland découvert, méat étroit. Testicules égaux, de la grosseur d'un petit œuf de pigeon. Quelques poils sur le scrotum, le périnée et à la région anale. Poils assez rares aux aisselles. Le reste du corps est glabre.

La *sensibilité* à la douleur et à la chaleur existe également à droite et à gauche. — *Poids* : 48 kilogr. 500 — *Taille* : 1m, 61.

Membres supérieurs. Le *droit est atrophié.* (Voir plus loin les mensurations.) L'avant-bras droit, en pronation forcée, est fléchi sur le bras. La main est fléchie sur l'avant-bras au point que la face palmaire le touche et ne peut être redressée. Le membre supérieur gauche n'est pas atrophié mais est fort peu développé.

Membres inférieurs. Ils présentent des deux côtés une disposition particulière de la rotule. Elle se trouve située fort haut et laisse apparaître la saillie des condyles fémoraux. A droite, la cuisse est légèrement en rotation interne, la jambe en demi-flexion; le pied est en extension forcée et les orteils en déflexion. Les os du tarse font fortement saillie. Tous les muscles sont atrophiés.

Mensurations : Tête.

Circonférnece horizontale maxima	545 mm.
Demi circonférence bi-auriculaire	330 —
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	375 —
Diamètre antéro-postérieur maximum	184 —
— bi-auriculaire..........................	123 —
— bi-pariétal	120 —

— bi-temporal	148 —	
Hauteur médiane du front	060 —	

Membres supérieurs.	Droit.	Gauche.
Circonférence au niveau de l'aisselle	195	165
— à 10 c. au-dessus de l'olécrâne.	160	195
— à 10 c. au-dessous —	150	175
— au niveau du poignet	125	150
— — du métacarpe	160	170
Distance de l'acromion à l'olécrâne	320	330
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	230	245
— de l'apophyse styloïde du cubitus à l'extrémité du médius	165	190

Membres inférieurs.	Droit.	Gauche.
Circonférence au niveau de l'aîne	335	350
— à 10 cm. au-dessus de la rotule.	240	250
— — au-dessous	210	235
— au niveau du cou de pied	155	175
— à la partie moyenne du pied	210	210
Distance de l'épine iliaque antéro supérieure.. à l'interligne articul. du genou.	415	305
— de l'interligne à la malléole externe	395	390
— de la malléole externe à l'extrémité de l'orteil médian	170	210

1892. 3 *janvier.* — L'enfant tousse et est envoyé à l'infirmerie. — *Soir*: T. R. 40°,4.

4 *janvier.* — Râles sibilants dans tout le poumon gauche. Souffle tubaire dans un point très limité du même côté. T. R. 38°, 2. — *Soir*: 39°, 7. Vésicatoire camphré.

5 *janvier.* — La zone de souffle s'étend presque à tout le lobe inférieur. Autour de cette zone, râles crépitants et sous-crépitants. Quelques râles sibilants à droite. Langue sèche couverte d'un enduit saburral. T. R. 38°, 4. — *Soir* : 40°, 2.

6 *janvier* — Même état à gauche. Souffle à droite au niveau du lobe moyen, avec râles crépitants et sous-crépitants, autour et dans le lobe inférieur. Etat général mauvais. T. R. 39°, 2. — *Soir* : 39°, 8. — Ventouses sèches. Tood, quinquina. Vésicatoire à gauche.

7 *janvier.* — T. R. 39°, 4. — *Soir* : 40°.

8 *janvier.* — Le souffle a diminué d'étendue à gauche où il est remplacé par des râles sous-crépitants. Même état à droite. T. R. 39°, 4. — *Soir* 40°, 2.

9 *janvier.* — T. R. 39°, 8. — *Soir* : 39°, 6.

10 *janvier.* — T. R 38°, 7. — *Soir* : 40°, 7.

11 *janvier.* — Abattement profond. Râles sous-crépitants dans toute l'étendue des poumons. Gros râles bronchiques. Une cuillérée de sirop d'ipéca. T. R. 39°, 4. — *Soir* : 39°, 6.

12 *janvier.* — T. R. 40°, 1. — *Soir* : 39°, 3.

13 *janvier.* — Abattement plus grand, dyspnée intense. T.R. 37°, 5. — *Soir* : 38°, 8.

14 *janvier.* — Facies terreux et grippé. Dyspnée très grande. Signes sthétoscopiques stationnaires. T. R. 39°, 6. — *Soir* : 40°, 2. Ventouses, sinapisme. Todd quinquina.

15 *janvier.* — T. R. 39°, 7. — *Soir* : 38°, 4.

16 *janvier.* — T. R. 38°, 3. — *Soir* : 38°, 2.

17 *janvier.* — T. R. 38°, 2. — *Soir* : 39°, 2.

18 *janvier.* — T. R. 39°, 8. — *Soir* : 38°, 8.

19 *janvier.* — L'état général va en déclinant. T. R. 39°, 2. — *Soir* : 39°, 7.

20 *janvier* — Diarrhée depuis la veille au soir. T. R. 39°, 7. *Soir* : 38°, 2.

21 *janvier.* — T. R. 38°, 6. — *Soir* : 38°, 9.

22 *janvier.* — Le malade ne peut plus boire, il s'affaiblit d'heure en heure. T. R. 40°, 1. — *Soir* : 40°.

23 *janvier.* — Dyspnée très intense, coma. Mort à 8 heures 1/2 du matin. T. R. 40°, 8. — T. R. aussitôt après la mort : 41°, 8; — 1/4 d'heure après : 40°. — Une heure après 38°, 1. — Deux heures après : 36°. La température de la salle oscille entre 13° et 14°. — *Poids* de l'enfant après le décès : 15 kilogr. 400. — Diagnostic de la maladie ultime : Pneumonie double.

AUTOPSIE *faite le* 24 *janvier* 1892, 24 heures après le décès.

Tête. — *Cuir chevelu* et tissu cellulaire sous-cutané assez épais. — *Calotte* crânienne dure, parfaitement symétrique. Sur la coupe, elle a, en avant. sur la ligne médio-frontale, 5 millimètres d'épaisseur et 10 millimètres au niveau de la coupe de la protubérance occipitale externe. L'épaisseur des autres parties de la coupe varie entre 4 et 6 millimètres. A sa face externe, on ne constate pas de suture métopique. La *suture fronto-pariétale* est très finement dentelée et n'offre pas de points de synostose. La *suture sagittale*, à contou compliqués dans la plus grande partie de son parcours, devien presque rectiligne pendant un centimètre environ, puis duran ses 3 centimètres postérieurs forme des dentelures qui gagnen le lambda en augmentant de longueur, composant ainsi un sorte de petit triangle. Pas trace de synostose sur le trajet d

cette suture. La *suture lambdoïde* est contournée en dentelures irrégulières surtout vers ses parties inférieures, mais en se rapprochant du lambda, sur un trajet de 3 centimètres 5 environ, les dentelures se simplifient et on note sur l'occipital, en arrière de la suture, de petits ilots osseux très petits et isolés, qui paraissent provenir d'un travail partiel de synostose de cette portion de la suture. Ce travail est plus accentué à gauche qu'à droite et, de ce côté, il est des points où il est difficile sur la table externe de l'os de suivre la suture. Sur la face interne de la calotte on n'observe sur le trajet des sutures aucune trace de synostose. Les sutures sont rectilignes. La suture sagittale présente à 3 centimètres du lamba; sur un parcours d'un centimètre 5, une dépression profonde. Les vaisseaux méningés ont laissé sur la table interne des frontaux et des pariétaux de profondes rainures.

Les canaux du diploë sont injectés. La calotte n'est du reste transparente qu'au niveau du point où se trouvait la fontanelle antérieure dans les angles antérieurs et internes des pariétaux. A gauche, il existe une plaque transparente de 2 centimètres de longueur sur 5 millimètres de largeur, tandis qu'à droite, la partie transparente, symétrique, n'a guère plus de 5 millimètres. La *base du crâne*, symétrique, ne présente rien de particulier.

Les *vaisseaux* et les *nerfs* de la base ont leur disposition ordinaire. La *pie-mère* est très congestionnée, surtout à sa partie antérieure, et est blanche et opaque sur le trajet de la scissure de Sylvius.

Encéphale	1100 gr.
Hémisphère cérébral droit	470 gr.
— — gauche	470 gr.
Cerveau	940 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	70 gr.
— — gauche	70 gr.
Bulbe et protubérance	20 gr.
Cervelet et isthme	160 gr.
Liquide céphalo-rachidien	150 gr.

Hémisphère cérébral droit. — La scissure de Sylvius, très profonde, laisse apparaître le lobule de l'insula avec cinq digitations. — Le *sillon de Rolando* est très oblique d'arrière en avant et de haut en bas. — F¹ et F² présentent une *sclérose atrophique* dans tout le siège de leur parcours. F³ est le siège de la même lésion mais dans sa moitié antérieure seulement. Le reste de la circonvolution a son aspect ordinaire, F A, nor-

male dans sa moitié inférieure, est *sclérosée* et *atrophiée* dans sa partie supérieure. Il en est de même de P A, où la lésion est moins accentuée. — Le *lobe pariétal*, surtout au niveau du pli courbe, présente des *adhérences méningitiques* assez accentuées. — Les *lobes occipital* et *temporal* ont une disposition régulière.

Face interne. — La *sclérose atrophique* intéresse la partie antérieure du lobe paracentral. L'avant-coin, le coin, la région temporo-sphénoïdale, la circonvolution du corps calleux paraissent pas altérés. Il en est de même des *noyaux gris* centraux, des *tubercules quadrijumeaux* et du *pédoncule*. Le *ventricule latéral* est un peu dilaté.

Hémisphère cérébral gauche. — La *scissure de Sylvius* est entrouverte et bordée par des circonvolutions qui sont le siège d'une *sclérose atrophique* excessivement accentuée. Cette lésion est des plus manifestes sur l'insula. F^1 et F^2 sont moins altérées que sur le côté opposé, mais F^3 dans son tiers postérieur présente cette altération à son maximum. Le *sillon de Rolando*, très net et moins oblique qu'à droite, sépare F A et P A, sclérosées sur tout leur parcours mais surtout dans leur moitié inférieure. — Le *lobe pariétal supérieur* et le *pli courbe* sont très altérés. La lésion va en s'accroissant, en se rapprochant de la scissure de Sylvius; elle parait surtout porter sur le territoire de l'artère sylvienne. — Le *lobe occipital* est indemne. — Le *lobe temporal* l'est aussi, sauf T^1 qui est *très sclérosée comme toutes les circonvolutions qui bordent la scissure de Sylvius.*

Face interne. — On ne trouve qu'un foyer de sclérose assez accentué à la partie postérieure du lobule paracentral et à la région antérieure de l'avant-coin. —Le *ventricule latéral* est beaucoup plus dilaté qu'à droite. Les *noyaux gris* centraux, les pédoncules, etc., paraissent normaux.

Le *cervelet* offre de nombreuses adhérences pie-mériennes, mais n'est le siège net d'aucune altération macrocospique. Il en est de même du *bulbe* et de la *protubérance*. — La *moelle épinière* ne parait pas asymétrique, on ne remarque sur sa coupe, *à l'œil nu*, aucune lésion apparente.

Thorax.—Pas d'épanchement pleural, ni d'adhérences. *Poumon droit* (770 gr). Hépatisation rouge du lobe inférieur et de la partie inférieure du lobe moyen. — *Poumon gauche* (71[illegible] gr). Hépatisation rouge du lobe inférieur. Congestion intense du lobe supérieur. — *Cœur* (300 gr.), normal, pas de persistance du trou de Botal, ni du canal artériel.

Cou. — *Corps thyroïde* (25 gr.), sain. — Pas de traces de *thymus.*

Abdomen. — *Estomac, pancréas* (35 gr.), *intestins, vessie, péritoine* : rien de particulier — *Foie* (1350 gr.) un peu gros et pâle. — *Rate* (130 gr.). *Rein droit* (130 gr.); — Rein gauche (130 gr.) sains.

Réflexions. — I. Cette observation, comme celles de la presque totalité de nos malades, nous montre chez le malade qui en fait l'objet de nombreuses tares héréditaires (alcoolisme, aliénation, migraines, névropathie). Les évènements survenus au moment de la *conception* et durant la *grossesse*, ne paraissent pas devoir être pris en considération, car jusqu'à 14 mois, Gob... n'aurait pas différé sensiblement des enfants de son âge. A cette époque, plusieurs séries de *convulsions* prédominant à droite ont eu pour conséquence l'état d'*idiotie* et l'*hémiplégie* droite que nous avons notés chez l'enfant pendant la vie, conséquences de l'encéphalite qui se traquit anatomiquement par deux foyers de *sclérose atrophique régionale.* L'*état de mal convulsif* et *l'hémiplégie* ont permis de rattacher durant la vie l'idiotie à la *sclérose atrophique.*

II. L'*atrophie musculaire* des membres droits accompagnée de contracture, et la malformation des genoux méritent d'attirer l'attention.

III. L'autopsie nous a fait constater une épaisseur assez considérable des *os du crâne* et quelques points de synostose de la suture lambdoïde. Nous ne croyons pas que cet état ait légitimé une intervention chirurgicale, les lésions anciennes de sclérose et l'atrophie des circonvolutions nous en donnent la raison; une boutonnière osseuse ne peut évidemment avoir aucune

influence sur une altération scléreuse préalablement produite. Un fait tout particulier qui semble indiquer l'origine artérielle de l'affection, c'est la limitation macroscopique de la sclérose à gauche (c'est-à-dire du côté le plus atteint) au territoire de la sylvienne. A droite, les points scléreux sont disséminés assez irrégulièrement et ne permettent aucune déduction anatomo-clinique.

XX.

Idiotie symptomatique de tumeurs du cervelet compliquées d'hydrocéphalie; distension des sutures;

PAR BOURNEVILLE ET FERRIER.

Sommaire. — *Père migraineux dans l'enfance, très colère, nombreux excès de boisson avant le mariage. (A deux, 60 bouteilles de bière en un jour.) Malformation des doigts (trois doigts seulement à la main droite). — Grand'mère paternelle très nerveuse, sujette à des migraines, mort subite. — Arrière-grand'tante paternelle en enfance. — Mère, nerveuse; cauchemars. — Grand'mère maternelle, hypochondriaque, aliénée. — Arrière-grand-oncle maternel, suicidé par pendaison. — Grand-père maternel, alcoolique, violent. — Grand-oncle maternel, mort d'une attaque d'apoplexie. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans.*

Allaitement partiel au lait de chèvre. — Intelligence ordinaire jusqu'à 6 ans. — Violents maux de tête avec vomisssements bilieux. — Deux mois plus tard, parésie des jambes, affaiblissement de la vue; puis paralysie et cécité complètes; — crises convulsives probables (?). — Nystagmus; strabisme divergent; atrophie blanche des deux papilles. — Paraplégie spasmodique. — Trépidation spinale. — Accès migraineux avec ronflement et élévation de la température; — accès de colère. — Gâtisme. — Congestions de la face. — Augmentation de volume de la tête. — Amélioration passagère à la Fondation Vallée : diminution de la paralysie. — Gangrène des extrémités inférieures. Septicémie. — Mort.

Autopsie.* — *Ecartement des os du crâne; distension des os du crâne; — état membraneux des sutures. — Hydrocéphalie ventriculaire double. — Dilitation du troisième ventriculaire. — Kystes et infiltration sanguine du cervelet (tubercules transformés).

Bais...(Marie), âgée de 7 ans, née à Vitteau (Côte-d'Or), le 2 nov. 1882, est envoyée d'office, des Enfants-Malades, le 14 mai 1890, à la Fondation Vallée (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents fournis par le pére et la mère. (Juin 1890). — ***Père***, **30 ans**, employé au restaurant Duval; auparavant cafetier en Bourgogne, n'a eu ni convulsions, ni fièvre typhoide, ni rhumatisme, ni dartres, ni syphilis. Il a eu jusqu'à 13 ans de fortes *migraines*, d'une violence telle qu'elles lui arrachaient des cris. Son caractère était très violent: pour un rien, il « aurait cassé la figure à quelqu'un. » Il buvait, avant son mariage, de l'absinthe « jamais plus de 3 par jour, et de la bière jusqu'à 18 bouteilles.» Il se vante d'avoir bu, avec un de ses camarades, soixante bouteilles de bière en un jour. Il ajoute qu'il était souvent gris. Depuis 7 ans, il a cessé son commerce et ne boit plus. Il a une *malformation congénitale* de l'avant-bras et de la main du côté droit. L'avant-bras est beaucoup plus court et plus petit que le gauche et la main ne se termine que par trois doigts: le pouce, et deux autres doigts dont le plus long et le plus gros est aussi le plus rapproché du pouce, en sorte que, comme volume et comme forme, ces doigts rappellent le médius et l'annulaire. *(Fig. 5)*. Par suite d'un accident, le pouce est luxé en dehors et en arrière. Voici le tableau des mensurations comparatives de ses *membres supérieurs*:

	Gauche.	Droit.
Circonférence au niveau de l'aisselle..........	34 c.	34 c.
Circonférence au niveau du coude.............	24	22,4
— au milieu de l'avant-bras.......	20	17,5
— au niveau du poignet...........	15,5	14
— au milieu du carpe..............	21	17,[illegible]
Distance de l'acromion à l'olécrâne............	32	31
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus....................................	25	33
Distance de l'apophyse styloïde du cubitus à l'extrémité du médius....................	20	18

[Son *père* est mort à 65 ans, *calculeux*, il n'avait pas de maladie nerveuse.— Sa *mère*, atteinte d'une affection cardiaque, est morte subitement à table, à 62 ans. Elle avait de fréquentes et

violentes *migraines* ; elle était excessivement nerveuse, mais n'a jamais eu de crises. — On ne connait pas les *grands-parents paternels.* — La *grand'mère maternelle* est morte aussi d'une affection du cœur. — Il y a plusieurs *oncles* ou *tantes* paternels ; mais on n'en connait qu'un, qui est âgé, en bonne santé, non nerveux et sobre. — Un *grand-oncle maternel* est mort d'une maladie du cœur ; quatre autres sont vivants et en bonne santé ; une *grand'tante maternelle* est atteinte de *ramollissement*

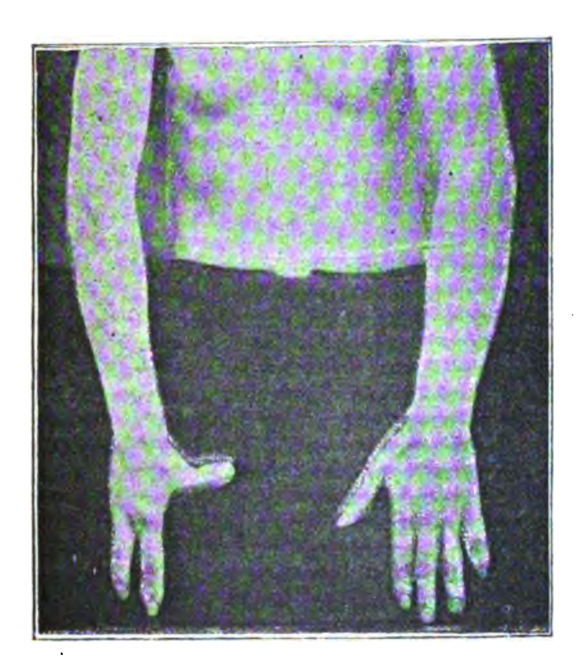


Fig. 5.

cérébral. — Un *frère jumeau*, qui était bien conformé, est mort à 3 ans, on ne sait de quoi. Il n'y a dans la famille du père, ni épileptiques, ni aliénés, ni bègues, ni sourds-muets, ni paralysés, ni suicidés, ni débauchées].

Mère, 27 ans, n'a eu ni convulsions dans l'enfance, ni fièvre typhoïde, ni chorée, ni rhumatisme, ni dartres, ni migraines, ni symptômes de syphilis. Elle n'est pas alcoolique. En résumé, elle a toujours eu une excellente santé, mais elle travaille

beaucoup et elle est très-nerveuse; elle a, la nuit, dans son premier sommeil, des cauchemars et des accès de somnambulisme; toutefois, elle ne semble pas être hystérique. — [*Mère*, morte à 52 ans, avait ordinairement une bonne santé. A un moment donné, elle fut atteinte d'ictère et eut en même temps des *accès de mélancolie*. Elle finit dans un asile d'aliénés près de Dijon. — *Père*, mort à 60 ans, à la suite d'*excès alcooliques*. Il battait ses enfants. — Les *grands-parents paternels* ne sont pas connus. — Les *grands-parents maternels* sont morts âgés « de vieillesse ». — Les *oncles* ou *tantes maternels* sont au nombre de 13. L'un d'eux est mort vieux, on ne sait de quoi. Un autre s'est pendu. Les autres sont inconnus. — Deux *oncles paternels*, morts tous les deux, l'un de maladie indéterminée, l'autre d'une *attaque d'apoplexie*. — Une *tante paternelle* est encore vivante. — Deux *frères* et une *sœur* sont en excellente santé, sobres, calmes, très rangés. On ne connaît pas d'idiots, d'épileptiques, etc., dans le reste de la famille]. Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans. (La mère moins âgée que son mari.)

Deux *enfants* : 1° notre malade; 2° garçon, mort à un an, du carreau, il était rachitique.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, le mari buvait beaucoup, paraît-il. Pendant la *grossesse*, il a donné quelquefois des coups à sa femme, mais il n'est pas question de coups sur le ventre. La grossesse fut bonne. Il faut dire pourtant, que, vers le deuxième mois, la mère eut envie de boire et but pendant deux semaines environ, deux petits verres d'alcool par jour. — L'*accouchement* a été normal; les douleurs ont duré un jour. Il n'y a eu ni chloroforme, ni forceps. L'enfant, *à la naissance*, ne présentait pas d'asphyxie, mais elle a toujours eu le teint un peu jaune. On l'appelait : « la petite moricaude. » Elle fut élevée, jusqu'à l'âge de deux mois, au sein, par sa mère, qui dut ensuite cesser l'allaitement à cause des gerçures du sein. L'enfant fut placée chez une nourrice. Celle-ci devint enceinte et continua à élever l'enfant, mais au lait de chèvre.

Marie B... a été sevrée à 13 mois. Elle a commencé à marcher vers la même époque. Elle a eu sa première dent vers le 11e mois. Elle a commencé à parler à 13 mois. Elle n'a jamais eu de convulsions, fut très bien portante, très enjouée, jusqu'à l'âge de 6 ans. A cette époque, elle fut prise de violents *maux de tête*, qui lui faisaient pousser des *cris* de douleur. Ces *douleurs* se renouvelaient régulièrement. Elles débutaient, vers

2 heures du matin et étaient terminées vers midi. Outre la douleur, il y avait des *vomissements* bilieux. Les maux de tête revenaient d'abord tous les 8 jours, puis ce fut tous les 15 jours. Dans les intervalles, l'enfant ne se plaignait de rien, était aussi gaie qu'auparavant. C'est l'accès type de migraine. On fit à l'enfant des pointes de feu, et on la soigna comme si elle avait de la *méningite*. Puis elle fut conduite aux Enfants-Malades. Là, les membres inférieurs, qui s'affaiblissaient avant l'entrée, devinrent presque impotents en même temps qu'ils présentaient, à l'excitation, des *mouvements spasmodiques*. La *vue*, qui commençait à baisser, disparut complètement. Il y avait une *atrophie totale des papilles*. Aux Enfants-Malades, une petite fille voisine du lit de Marie B. aurait dit à la mère de celle-ci que sa fille avait des *convulsions*. Dans le service où elle a passé, il aurait été question de *tumeur cérébrale*.

Elle a été vaccinée ; a eu la rougeole à 3 ans ; et, parait-il, les oreillons durant son séjour à l'hôpital. Ni onanisme, ni vers intestinaux. Pas de gourmes, d'ophthalmies, d'otites, etc.

Après avoir passé un an aux Enfants-Malades, l'enfant a été envoyée à la Fondation Vallée.

État actuel. (2 octobre 1890.) — Fillette de taille moyenne, au teint pâle, émaciée. Pas de cicatrices, pas d'adénopathies. La *tête* est arrondie, symétrique, de volume moyen relativement au corps. On ne constate plus de traces des fontanelles. Les bosses occipitales et pariétales sont symétriques et peu accusées. Les cheveux sont châtains, très abondants, et régulièrement implantés. Le front est peu élevé ; les bosses frontales sont régulières.

La *face* a une expression de tristesse. Les paupières sont normales, bien fendues. *Yeux* : les cils, longs, châtains, sont réguliers, les pupilles larges, dilatées, les iris bruns, pas de lésions conjonctivales ou cornéennes. Il y a du *nystagmus* et un léger *strabisme divergent*. *Atrophie blanche des deux papilles*, L'enfant a une perception quantitative de lumière. — *Nez* droit ; narines symétriques. *Odorat* normal. — Pommettes égales. Pas de parésie faciale. Lèvres rosées, assez bien faites. Bouche bien fendue. Langue normale. Palais régulier. Raphé médian non dévié. Il n'y a rien de particulier aux amygdales et au voile du palais. Le *goût* est conservé. — Menton arrondi. — *Oreille* externe assez bien conformée ; hélix peu roulé, lobule non adhérent. *Ouïe* normale.

Cou arrondi, pas de saillie ou d'atrophie du corps thyroïde. Circonférence, 26 centimètres.

Thorax régulier. Rien au cœur ni aux poumons. — *Seins* peu développés : dimensions transversales, 8 centimètres ; verticales, 7 centimètres. Aréoles rosées ; diamètre, 1 centimètre 5.

Abdomen. Rien de particulier. Rate et foie normaux.

Membres supérieurs régulièrement conformés. Articulations et muscles sains. Force égale des deux côtés. Pas d'arrêt de développement

Membres inférieurs. L'enfant présente une *paraplégie spasmodique* très marquée, avec *contracture* très prononcée des cuisses, qui font avec l'abdomen un angle aigu ; on ne peut étendre la jambe. — *Traitement* : bains salés, exercice des jointures.

2 *octobre*. — Il y a, au point de vue des membres inférieurs, une amélioration notable : les mouvements de la jambe sont beaucoup plus libres. L'enfant peut l'étendre, la soulever jusqu'à 80 centimètres au-dessus du plan du lit. Elle se couche sur le dos, et les membres inférieurs sont complètement étendus. Elle commence à marcher et à se tenir dans son chariot. Les articulations sont libres. Les mouvements provoqués n'excitent plus les cris de l'enfant.

La *sensibilité* est normale dans tous ses modes (température, contact, douleur, etc.) — Les *réflexes rotuliens* sont fortement exagérés ; il existe de la *trépidation spinale*.

La mastication est bonne. Il n'y a ni bave, ni succion, ni rumination, ni vomissements. La digestion se fait bien ; les selles sont régulières. Gâtisme absolu. Sous ce rapport, aucune modification depuis l'entrée. Cependant l'enfant demande très bien le vase lorsque ses parents viennent la voir.

Marie B... parait assez intelligente, parle bien. Elle est affectueuse, et aime qu'on s'occupe d'elle. Mais, dans les exercices qu'on lui fait faire, elle est fort capricieuse et n'obéit pas à la demande d'exécution. A cette occasion, elle se met fréquemment en colère lorsqu'on veut lui faire faire ce qu'elle refuse d'accomplir. Quelquefois même elle va jusqu'à ne pas manger. A cette époque, on ajoute à son traitement des douches en jet de 30 secondes.

1891. 10 *janvier*. — Depuis un jour, Marie B. a de la *céphalée* frontale, avec *vomissements* alimentaires. La température s'élève à 39°, 5 ; le pouls à 86. Il est régulier, plein. Pas de raideur de la nuque ou des membres. Un gramme d'antipyrine.

Juin. — Depuis six mois, les progrès se sont arrêtés. Il sem-

ble que l'enfant se tient debout et marche seulement quand cela lui plaît. Elle est très jalouse de ses compagnes, et se met dans de très violentes *colères*, se jette par terre. Elle gâte toujours.

28 *juillet*. — L'enfant prend ses douches régulièrement tous les jours. On remarque que, depuis quelque temps, elle se tient moins bien dans les barres parallèles. Elle ne grince pas des dents, ne se cogne pas la tête, n'a pas de roideurs dans les membres, ni de secousses brusques. Parfois, il y aurait, en dehors de ses migraines, des *congestions de la face*. Les *migraines* deviendraient plus fréquentes. Elles survenaient autrefois tous les mardis ; actuellement il y en a trois par semaine. On rase les cheveux, et on applique un large vésicatoire sur la moitié antérieure de la tête.

1892. 9 *janvier*. — Raser les cheveux et appliquer un nouveau vésicatoire recouvrant tout le sommet de la tête presque jusqu'à la racine des cheveux en avant. Le vésicatoire sera laissé 15 ou 16 heures. A ce moment, on reprend les dimensions de la tête qui avaient déjà été prises en octobre 1890, c'est-à-dire 15 mois auparavant. Voici le tableau de ces mensurations, avec celles qui ont été prises au mois de juillet suivant :

	1890	1892	
	Octobre	Janv.	Juil.
Circonférence horizontale maxima	53	56.5	57.5
Demi-circonférence bi-auriculaire	37	38.5	38.5
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	39	40.5	41
Diamètre antéro-postérieur maximum	17.5	18.3	18.5
— bi-auriculaire	13	12.3	13.1
— bi-pariétal	15.6	16.8	17.9
Hauteur médiane du front		6.5	6.5

Ces mensurations comparatives montrent que le crâne augmente notablement de volume et qu'il se développe une *hydrocéphalie* symptomatique, à marche assez rapide.

Puberté. — Glandes mammaires non développées. Aréoles de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, peu colorées, d'un rose clair. Pénil modérément saillant, glabre. Grandes lèvres

épaisses, saillantes, accolées, humides et un peu rouges. Sur chacune d'elles, un assez petit nombre de poils fins, châtain foncé, courts et frisés. Petites lèvres assez développées, un peu plissées. Capuchon très développé. Clitoris petit. Hymen un peu dévié à droite, boursouflé. L'orifice a des bords absolument lisses. Fourchette très saillante. Il y a au pourtour de l'anus quelques poils fins, courts, châtain foncé.

2 *avril.* — On reprend l'hydrothérapie.

13 *avril.* — Vésicatoire sur la moitié droite du cuir chevelu rasé. Ce vésicatoire donne lieu à quelques petites phlyctènes.

21 *avril.* — Vésicatoire placé dans les mêmes conditions, sur la moitié gauche du crâne. Il produit également quelques phlyctènes.

10 *mai.* — Depuis une quinzaine de jours, l'enfant penche toujours la tête soit en avant, soit latéralement. Elle semble avoir peine à la tenir verticale. Ce fait a déjà été remarqué après l'application du premier vésicatoire et tient au développement progressif et rapide de la tête *(Hydrocéphalie).*

25 *juin.* — L'enfant marche de plus en plus mal. Elle ne peut même plus se tenir debout dans les barres parallèles. Si l'on essaie de la faire marcher en la soutenant sous les bras, elle s'affaisse sur elle-même, les cuisses restant dans l'adduction et au même niveau, les pieds, qu'elle ne peut soulever, restant en arrière. Le pied gauche repose sur son bord interne. — La tête se penche en avant plus encore qu'auparavant. — La face est d'une pâleur jaunâtre, bistrée. — Il n'y a pas de grincement de dents. — La tête a augmenté de volume, ainsi que le montrent les mensurations.

18 *octobre.* — L'enfant entre à l'infirmerie, accusant de la douleur aux deux pieds spontanément, et du côté gauche, consécutivement aux mouvements provoqués du pied. Les deux pieds, mais surtout le gauche, sont cyanosés. L'asphyxie remonte à gauche jusqu'aux malléoles. A droite, elle remonte seulement jusqu'à la partie moyenne du pied. Le pied gauche présente un gonflement considérable sur sa face dorsale ; le pied droit est également tuméfié. Sur la face correspondante du petit orteil gauche, se voit une perte de substance de forme circulaire, en forme d'entonnoir peu profond, à bords livides, à fond jaunâtre, n'intéressant pas l'os. Du côté droit, pareille perte de substance sur le dos du 3e orteil. La consistance de la tuméfaction est la même sur les deux pieds ; elle est dure, sans œdème. Les jambes sont d'une couleur érythémateuse. Les ganglions des aines ne sont pas engorgés. La douleur est assez nette à la palpation des deux jambes au niveau de

la teinte érythémateuse. Les plaques sont limitées par un très léger bourrelet. T. R. 38°, 2.

19 *octobre*. — Sur le pied gauche apparaissent deux phlyctènes séro-purulentes, en avant et à 2 centimètres environ de la malléole externe, l'une au-dessous de l'autre. — Pansement humide phéniqué des pieds et des deux jambes.

20 *octobre*. — La rougeur des jambes gagne toujours de bas en haut, avec les mêmes caractères. Perforation très nette du derme au niveau de la phlyctène supérieure du côté gauche. Le tissu cellulaire sphacélé apparait par l'orifice. — Drainage, après lavage.

21 *octobre*. — La face dorsale du pied gauche est moins dure en général, et a, par places, une consistance fluctuante. Contre-ouverture de plusieurs clapiers, en arrière des orteils, et au-dessous de la malléole externe. — Lavage, drainage.

22 *octobre*. — Abaissement de la température. La perte de substance s'agrandit par la destruction d'un pont cutané qui recouvrait un drain.

A partir de ce moment, l'érysipèle gagne des deux côtés, mais s'éteint à la partie moyenne de la jambe gauche. A droite, il atteint les téguments qui recouvrent le trochanter, gagne la partie postérieure du bassin, et, par cette voie, et par le périnée, la partie supérieure et interne de la cuisse gauche (9 novembre). Au niveau du bassin existe le bourrelet pathognomonique.

La perte de substance cutanée, située en avant de la malléole externe gauche, s'agrandit peu à peu, jusqu'à présenter bientôt, avec une forme elliptique, une longueur de 8 centimètres, une largeur maxima de 4 centimètres. A mesure que la plaie s'agrandit, les bords se décollent, deviennent livides, et recouvrent de nouveaux foyers de suppuration. Il n'y a aucune tendance au bourgeonnement.

26 *octobre*. — La destruction de la peau a découvert non seulement le tendon du jambier antérieur, mais ceux de l'extenseur commun des orteils. Les ulcères des deux orteils sont cicatrisés. Mais il se forme une nouvelle eschare, molle, sous le talon droit. On la panse à la gaze salolée tous les 8 jours. Pas d'accidents. Celle du talon gauche s'est détachée, et la réparation se fait peu à peu.

27 *octobre*. — Au genou gauche survient une deuxième phlyctène en arrière de la première. Elle est plus étendue, et une fois percée, laisse voir à nu le tissu cellulaire sous-cutané. Les pansements humides, tout en tarissant la suppu-

ration primitive, ne peuvent amener la cicatrisation et empêcher le décollement progressif des bords.

7 *novembre.* — Il se produit du côté droit une eschare sacrée. Pendant ce temps, la température présente des élévations le plus souvent subites, vespérales, qui sont suivies aussi d'abaissements considérables après ouverture de clapiers purulents. Aujourd'hui nouvelle élévation, l'enfant tousse un peu, elle a des râles sous-crépitants aux bases. Il n'y a pas de dyspnée apparente. Le pouls est faible, très rapide, avec quelques intermittences.

Du 9 au 15 *novembre*, les lésions pulmonaires s'aggravent peu à peu. On trouve, le 15 novembre, des râles sibilants dans les deux tiers supérieurs des poumons, des râles sous-crépitants aux bases, de la submatité seulement à la base droite en arrière. La toux est légère, la dyspnée peu marquée. La pommette droite est rouge. Le pouls, depuis longtemps à 120 pulsations, devient de plus en plus faible. Cependant l'enfant s'alimente toujours, et prend bien son lait. Il n'y a pas de troubles digestifs.

9 *novembre.* — Le bras gauche est contracturé en adduction, et tous les segments du membre en flexion forcée. L'enfant crie si l'on veut le lui étendre. Elle semble souffrir au niveau de l'articulation de l'épaule gauche.

23 *novembre.* — Les plaies sont toujours dans le même état. De plus, il s'est fait une nouvelle perforation sur un point comprimé, au niveau du bord interne de l'omoplate droite. — Il y a de nombreux râles sous-crépitants dans les poumons. La respiration semble cependant encore assez facile. L'enfant a les yeux excavés, vitreux. Elle a perdu beaucoup de force, puisque jusqu'à ce jour elle tenait encore la timbale pour boire son lait et qu'elle ne le peut plus aujourd'hui. Les battement du cœur sont extrêmement fréquents : 140 par minute. Le pouls est à peine perceptible.

26 *novembre.* — Pas de changements notables. L'enfant est réduite à une émaciation extrême et s'affaiblit graduellement. Les yeux sont ternes, à-demi fermés. Le pouls est encore perceptible. La respiration est faible. La température s'abaisse maintenant progressivement (*Fig.* 6). Dans le creux poplité du côté gauche, sur le bord du tendon du demi-membraneux, s'est encore produit un orifice cutané qui donne passage à une assez grande quantité de pus et laisse pénétrer le stylet, dans une assez grande étendue, sous la peau décollée. Il a été impossible de maintenir un pansement derrière l'omoplate droite. Là aussi, le décollement de la peau est considérable.

TEMPÉRATURE.

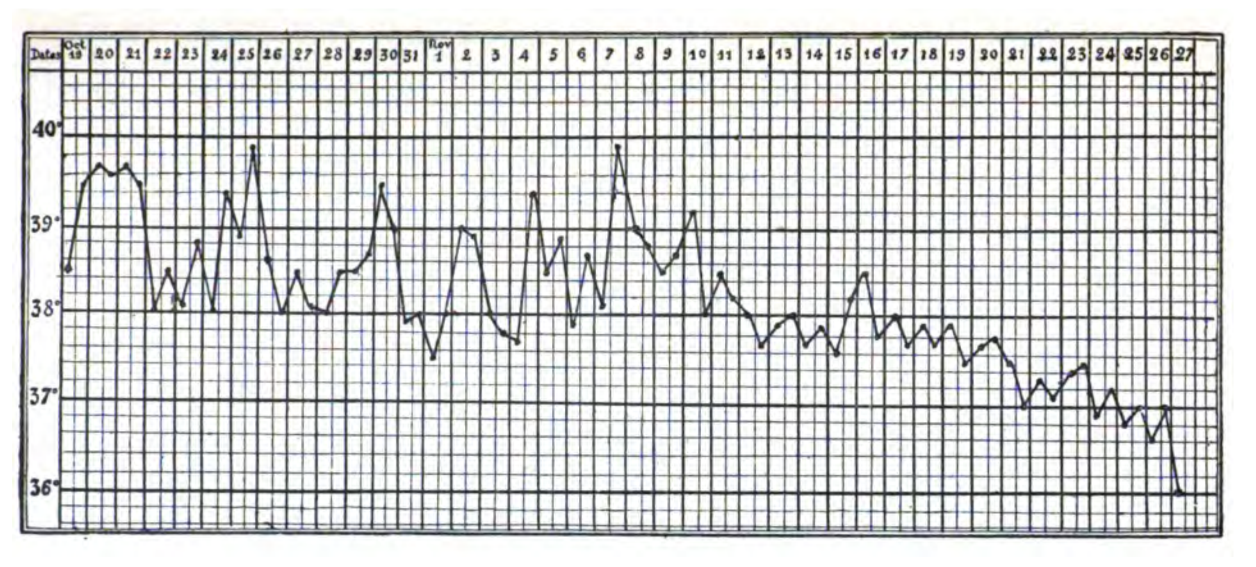


Fig. 6.

27 *novembre*. — L'enfant est morte ce matin à 8 heures, sans phénomènes particuliers. La température de la chambre étant de 20 degrés, celle du corps était, aussitôt après la mort, de 35°,6; une heure après, 34°,4; 2 heures après, 30°,3. Le poids après décès est de 13 kilog, 500 gr.

AUTOPSIE, 26 heures après décès. — *Tête*. Le *cuir chevelu* est très mince, très pâle et a perdu toute sa graisse. La *calotte* est à peu près symétrique, plus développée cependant à droite qu'à gauche. Les fontanelles sont fermées, mais les *sutures coronale*, *sagittale* et *lambdoïde* sont écartées et l'intervalle compris entre les dentelures des sutures correspondantes est comblé par une membrane mince et transparente. Les dentelures des os se sont très allongées; leur écartement de celles de l'os voisin atteint jusqu'à 3 ou 4 centimètres. Les parties osseuses voisines du tiers moyen de la suture coronale sont transparentes. Les deux pariétaux offrent aussi en bas des impressions digitales qui les rendent translucides (*Fig.* 7).

La base est sensiblement symétrique. Le plancher des orbites offre des impressions digitales très profondes. La fosse pituitaire est un peu élargie, aplatie. Les fosses sphénoïdales paraissent symétriques. La fosse occipitale gauche est un peu plus développée que la droite, en sorte qu'il existe un léger degré de *plagiocéphalie*.

Lorsqu'on enlève la calotte crânienne, il s'écoule 50 grammes de *liquide céphalo-rachidien* mêlé de sang. La *dure-mère* est mince et très pâle. La dure-mère et le cerveau se sont affaissés considérablement, et hors de proportion avec la petite quantité de liquide qui s'est écoulée. Il y a un paquet d'adhérences à l'extrémité antérieure et à l'extrémité postérieure du lobe temporal gauche. Les *nerfs olfactifs* sont aplatis, minces. Lorsque l'encéphale repose sur sa convexité, il s'élargit d'une façon notable, et a un contour presque circulaire.

On remarque une sorte de *kyste* arrondi, translucide, au niveau de l'espace interpédonculaire, et en avant du chiasma des nerfs optiques qui se trouvent soulevés par le kyste. Celui-ci, en arrière du chiasma, forme une sorte de prolongement ou saillie comme le mamelon. Ce kyste a environ deux centimètres de diamètre et forme une saillie d'environ un centimètre et demi. En arrière du bulbe, entre les deux hémisphères cérébelleux, au niveau du sillon qui les sépare, existe un *second kyste* allongé dans le sens transversal, ayant près de 3 centimètres dans ce sens, et 2 centimètres de hauteur. Deux

petits sillons le séparent en deux parties, et lui donnent un aspect bosselé. Les kystes sont transparents. L'antérieur est bleu-



Fig. 7.

âtre ; le postérieur, légèrement citrin. Le petit mamelon du kyste antérieur répond à l'insertion de la tige pituitaire. Le kyste anté-

rieur communique avec les ventricules, augmente si on les comprime et diminue si on les laisse se dilater. Le *corps pituitaire* est un peu épais, mais large, et d'une coloration grisâtre prononcée.

Les *nerfs optiques* sont très atrophiés et ont à peine deux millimètres de diamètre. Ils présentent une teinte vitreuse. Les *bandelettes* sont réduites à une mince couche. Les *tubercules mamillaires* sont tout-à-fait aplatis. Les autres nerfs de la base paraissent à peu près normaux. — Les artères sont symétriques. — La *protubérance* est un peu aplatie.

Lorsqu'on sépare le cerveau du cervelet, il s'écoule 70 gr. de *liquide céphalo-rachidien*. — Le *cervelet* est très volumineux. Son *lobe gauche* en particulier est tuméfié et on sent à la pression une masse dure dans sa partie antérieure. Au-dessus du plancher du quatrième ventricule, on aperçoit une tuméfaction jaune-verdâtre, striée, de consistance un peu molle, qui fait saillie à la face inférieure du lobe gauche du cervelet. En arrière de cette tuméfaction se trouve un *kyste*, arrondi et mamelonné, de volume à peu près égal à celui du kyste du cerveau (*Fig.* 8).

La décortication du cerveau se fait assez facilement. On constate alors que l'hémisphère gauche est plus bombé que le droit, et donne la sensation de fluctuation, qui répond à ce que l'on voyait par la face supérieure.

Encéphale	1375 gr.
Hémisphère cérébral droit	555
— gauche	545
Cerveau	1100
Cervelet et isthme	200
Hémisphère cérébelleux droit	65
— gauche	110

Cou. — Le *corps thyroïde* a l'aspect normal. Pas de *thymus.*

Thorax. — *Poumon droit* (90 gr.) et *poumon gauche* (90 gr.). normaux. — *Cœur*, sain (100 gr.). — Pas de persistance du *trou de Botal.*

Abdomen. — *Rate* (90 gr.), *Foie* (750 gr.), rien. — Le *rein droit* et le *rein gauche* pèsent chacun 80 gr. et sont normaux, ainsi que le *pancréas* (20 gr.)

Hémisphère cérébral droit. — La *face externe*, très courbe et très haute, offre un aspect général très anormal. Les *sillons* sont peu profonds, mal délimités en certains points. La *scissure de Sylvius*, peu profonde et ayant une branche antérieure très développée, laisse apercevoir le *lobe de l'insula* formé de 6 digitations qui ne paraissent pas altérées. Le sillon de Rolando, superficiel, semble continuer dans sa direction la première partie de la scissure de Sylvius. — F^1 et F^2, mal délimitées à leur partie antérieure où de nombreux plis de passage les unissent à F^3, forment avec F A, dans leur moitié postérieure, une sorte de lobule où les sillons ont presque complètement disparu, qui se déprime à la moindre pression comme une balle élastique. Cet état est dû à la dilatation très prononcée du ventricule latéral, que nous constaterons à la face interne. Cette dilatation a amené un amincissement considérable de la substance cérébrale, amincissement plus prononcé au niveau de la partie supérieure du ventricule correspondant, à l'extrémité supérieure de FA et à la partie postérieure de F^1 et F^2. F^3 est sinueuse et assez bien développée ainsi que le tiers inférieur de FA. D'une façon générale, le *lobe frontal* peut être considéré comme formé de deux parties à peu près égales : une antérieure et inférieure, l'autre supérieure et postérieure. De ces deux parties, la première assez bien conformée a un aspect sensiblement normal, la seconde presque lisse, en ce sens que les circonvolutions sont tout-à-fait étalées et les sillons réduits presque à de simples lignes, est amincie et répond à la partie supérieure de FA, etc.. : c'est cette région qui forme sur la face convexe de l'hémisphère une véritable saillie convexe. Une dépression au fond de laquelle est un sillon assez profond perpendiculaire au sillon de Rolando sépare ces deux régions. Le *lobe pariétal* est moins altéré. PA est déprimée et assez mince mais les *lobes pariétaux* supérieur et inférieur et le *pli courbe* ont un aspect normal. Il en est de même des lobes occipitaux et temporaux et la seule remarque qu'on peut y faire est la petite profondeur des sillons que l'on note du reste sur tout le cerveau.

La *face interne* de cet hémisphère présente une vaste poche due à la *dilatation des ventricules*. Cette poche a une longueur de 13 centimètres environ sur 8 de hauteur. Elle est le siège de trois dépressions, l'une au niveau de la corne frontale, une seconde, la plus profonde, au devant du sillon de Rolando, correspond à la partie postérieure du lobe frontal auquel elle donne l'aspect particulier sur lequel nous venons d'insister. Enfin, une troisième dépression existe dans la

corne occipitale. La membrane ventriculaire est épaissie, comme fibreuse. — Le *corps calleux* est réduit à un millimètre ou deux d'épaisseur, sa circonvolution, atrophiée, n'a guère que 3 à 4 millimètres de hauteur. F^1 et le *lobule paracentral* sont peu développés. L'*avant-coin* et le *coin* sont aussi déprimés par cette dilatation ventriculaire. Le *corps strié* et la *couche optique* sont aplatis surtout à leur partie postérieure. Une membrane épaisse et blanchâtre les recouvre et leur adhère.

Hémisphère cérébral gauche. — La *face externe* est moins altérée que celle du côté droit. Les *sillons* ne sont pas très profonds, mais la *scissure de Sylvius* et le *sillon de Rolando* ont à peu près leur disposition normale. Le *lobule de l'insula* est formé de cinq digitations et ne paraît pas altéré. F^1, F^2 et F^3 sont bien contournées; la scissure préfrontale est nette et F A est séparée ici des autres parties du *lobe frontal*. A sa partie moyenne cependant un sillon coupe F A et sa partie inférieure s'unit à ce niveau par un volumineux pli de passage en crochet avec F^2. Il est à remarquer toutefois que les parties toutes supérieures de F^1 et de F A se laissent déprimer d'une façon analogue à la région correspondante droite, mais d'une façon bien moindre. Il en est de même de la partie supérieure de P A et du *lobe pariéial supérieur* qui, cependant, n'offrent à la vue aucune anomalie, pas plus que le *lobe pariétal inférieur*, ni le *pli courbe*. Le *lobe occipital* est d'apparence normale. Il en est de même de T^1. La partie moyenne de T^2 et de T^3 est le siège sur un centimètre environ d'une atrophie notable.

La *face interne* laisse voir une *énorme cavité ventriculaire* mais bien moins dilatée qu'à droite. Elle a 12 centimètres de longueur sur 7 de hauteur dans ses plus grandes dimensions. Cette poche, recouverte d'une membrane fibreuse blanchâtre, forme des plicatures à son cul de sac supérieur. Le cul de sac antérieur est peu profond, le postérieur a 4 centimètres 1/2 environ de profondeur. Deux dépressions sont à signaler sur la paroi externe de cette poche, une linéaire d'arrière en avant est parallèle et antérieure au sillon préfrontal et cause la zone qui se laisse déprimer sur le lobe frontal; l'autre plus en arrière est une dépression digitale moins profonde qui correspond au lobe pariétal supérieur. De ce côté, le *corps calleux*, transparent par places, est réduit à la membrane d'enveloppe de la poche. La *circonvolution du corps calleux* est lamelliforme et complètement atrophiée. La *couche*

optique et le *noyau caudé* sont plus saillants qu'à droite. F[1] et le *lobe paracentral*, *l'avant-coin*, le *coin* et la *circonvolution de l'hippocampe* n'offrent pas d'altérations macroscopiques.

Cervelet. — Sur une coupe verticale et transversale de *l'hémisphère gauche*, pratiquée à 2 centimètres environ du bord interne de l'hémisphère (*Fig.* 8), on constate de nombreux

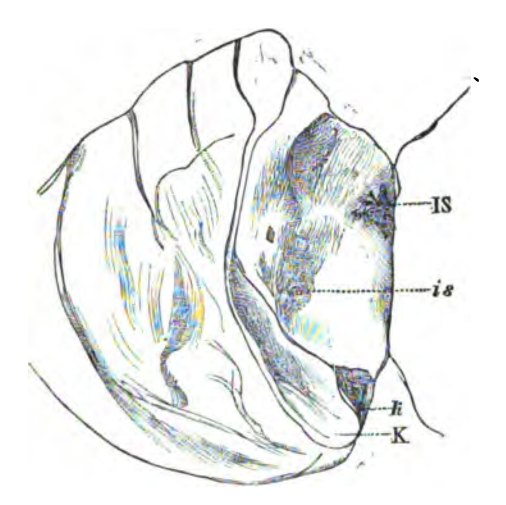


Fig. 8. — *K*, *k*, kystes. — *IS* et *is* infiltration sanguine ; en I S, elle est à son maximum.

kystes cloisonnés sur toute la face interne. Ces cloisons fibreuses assez résistantes, délimitent de grandes loges à forme irrégulière comme *K* et d'autres loges plus petites, telles que *k*. Un examen minutieux de la paroi de ces loges permet de constater dans leur épaisseur des logettes reproduisant en petit les grands kystes que nous venons de signaler. Le liquide qui remplissait ces kystes était incolore, clair et limpide, assez semblable à celui que contient les hydatides. En dedans de cette région kystique, on note sur cet hémisphère une masse d'un tissu compact, résistant, donnant lieu à une coupe unie et dont la couleur rappelle celle des circonvolutions cérébrales. La partie supérieure et externe de cette masse présente sur la coupe des sections vasculaires assez

sorte que cette membrane qui paraissait homogène sur le kyste à l'œil nu, s'étale en un réseau sur les coupes. Le tissu nerveux qui la double est entièrement remplacé, par endroits, par un système lacunaire formé de vaisseaux dilatés qui sont pour la plupart encore remplis de sang.

Il existe dans toute la masse, sur toute la surface des coupes, des vaisseaux formant des pelotons entourés d'une gaine conjonctive très épaisse et enflammée. Ces espèces de glomérules sont séparés de la substance cérébrale par des intervalles qui étaient remplis de liquide et, au pourtour de ces formations, le tissu nerveux montre des taches opaques et caséeuses. On rencontre à un degré plus avancé des cavités dans lesquelles le peloton glomérulaire a disparu. Le pourtour n'est alors constitué que par un tissu fibreux caséeux, comme celui que l'on rencontre dans les tubercules de guérison.

Dans le tissu ambiant les cellules nerveuses ont presque complètement disparu. L'aspect névroglique est profondément modifié car la plupart des cellules sont devenues énormes et l'ensemble rappelle les préparations de tissu conjonctif jeune.

La conclusion de cet examen ne peut être définitive, car on observe des dégénérescences très semblables à celles de la *tuberculose* dans les *gliomes* plus ou moins dégénérés, d'une part, et d'autre part nous n'avons rencontré de cellules géantes en aucun point.

Le diagnostic probable que l'on peut formuler est : *Tuberculose chronique avec évolution gliomateuse et kystique* des tissus ambiants. Cette opinion aurait été grandement consolidée si l'autopsie avait révélé des lésions tuberculeuses en d'autres organes, malheureusement il n'en a pas été ainsi.

RÉFLEXIONS I. — Nous trouvons chez les grands-parents, arrière-grands parents et les collatéraux de nombreuses tares : aliénation, apoplexie, ramollissement, suicide, alcoolisme. Le père, qui est déjà un dégénéré, et ne possède que *trois doigts* à la main droite, est de plus un alcoolique outré ; la mère est nerveuse et somnambule. Cette *hérédité* est suffisamment chargée pour qu'on puisse y trouver l'origine des accidents nerveux observés chez Marie Bais... Elle le serait peut-être encore davantage si nous connaissions mieux l'histoire de ses parents à des degrés plus éloignés. En tout cas,

on peut constater que la famille, nombreuse à un moment donné, puisque le père avait douze oncles ou tantes maternels, se réduit brusquement, à sa génération, et disparaît en ce qui le concerne, car il ne conserve aucun de ses deux enfants.

II. On ne saurait guère attacher de l'importance aux coups reçus par la mère pendant sa grossesse. D'ailleurs, l'enfant vient très-bien jusqu'à 6 ans. A ce moment surviennent des *douleurs de tête*, à forme de migraines, douleurs extrèmement violentes, qui arrachaient des cris à l'enfant et s'accompagnaient de *vomissements* bilieux. (Nous avons vu qu'il en était de même pour son père dans l'enfance.) Alors les jambes *s'affaiblissent*, puis sont prises de *mouvements spasmodiques* et deviennent le siège d'une *paraplégie avec contracture*; la *vue* diminue, disparaît bientôt. L'enfant, qui était gaie, tranquille, devient capricieuse, jalouse, colère. La marche qui s'était un peu améliorée à la Fondation Vallée, devient brusquement impossible, alors que l'on pouvait espérer que l'enfant recommencerait à marcher seule. En même temps que reparaît la paraplégie les douleurs de tête sont plus fréquentes et la tête augmente de volume, indice évident de la production d'une *hydrocéphalie symptomatique*.

III. L'*asphyxie des extrémités* n'est pas très rare chez les enfants idiots ou arriérés, mais il est exceptionnel de la voir donner lieu à des accidents aussi graves que ceux qui sont survenus chez cette enfant. Après avoir été circonscrite à l'un des orteils de chaque pied, la gangrène a envahi les téguments du pied gauche. Puis nous avons vu s'ajouter à ces lésions, qui servaient de porte d'entrée, un *érysipèle* et un *état infectieux* qu'on peut qualifier de septico-pyohémie. Ces complications nous paraissent être d'origine tro-

phique. Ce ne sont pas les seules de ce genre qu'on observe dans l'hydrocéphalie; nous en avons mentionné dans de précédentes observations.

IV. Ainsi que nous l'avons dit, dans la très grande majorité des cas de *tumeurs du cervelet*, il survient une *hydrocéphalie symptomatique* entrainant fatalement une dilatation des *ventricules latéraux* et du *troisième ventricule*. A cet égard, les observations publiées par les auteurs ne laissent subsister aucun doute. Mais, fait assez singulier, aucun, à notre connaissance, ne fait mention de l'état des *os du crâne*. Cet oubli se conçoit très bien quand il s'agit d'observations ayant trait à des malades adultes, dont le crâne, parvenu à son complet développement, avait des sutures inextensibles. Il n'en est plus de même des observations de tumeur du cervelet concernant des enfants ou des adolescents chez lesquels les sutures pouvaient encore s'écarter sous l'influence de la pression exercée par l'hydrocéphalie ventriculaire. Il a dû aussi se produire, sinon dans tous ces cas, au moins dans quelques-uns d'entre-eux, des lésions analogues à celles que nous avons notées chez Marie Bais.., et, auparavant chez un malade du nom de Berl.. Dans ce cas nous avions affaire à un *sarcome du cervelet*. Nous avons durant le séjour de ce malade dans notre service, vu la tête se développer sous nos yeux par suite de l'hydrocéphalie ventriculaire. Tandis qu'à l'entrée de la malade le 19 mai 1888, les os paraissaient réunis sans intervalles donnant la sensation d'une membrane, à l'autopsie le 8 avril 1890, nous constations un écartement considérable des os (*Fig*. 12). Or, chez Marie Bais., nous avons observé exactement les mêmes lésions mécaniques du côté des os du crâne (*Fig* 7). Dans le cas de Marie Bais.., comme dans celui de Berl., l'*écartement des os*, la *distension des sutures* étaient arrivés à un

degré très prononcé. Nous nous sommes demandé quelle était la première phase du processus pathologique qui aboutit à cette distension curieuse des sutures. Nous pensons qu'il nous est, peut-être, fourni par les lésions que nous avons constatées dans les observations de Dufoul..., Martin., consignées dans ce volume (p. 167, 172, 204, 206). Chez les malades qui en font le sujet, nous avons vu se produire dans la substance intersuturale une prolifération des tissus, très intense, aboutissant à la production d'une sorte de bourrelet vasculaire, et celà sous l'influence d'une *méningo-encéphalite*, point de départ d'une *hydrocéphalie ventriculaire symptomatique*.

V. Quant à la lésion primitive du cervelet, elle est très digne d'attirer l'attention. Les détails consignés plus haut en montre le vif intérêt.

XXI.

Idiotie congénitale; — Atrophie cérébrale; — Tics nombreux;

Par BOURNEVILLE et NOIR.

Sommaire. — *Père, céphalalgies, coléreux, rhumatisme, accidents cérébraux, alcoolique. — Grand-père paternel, calculeux. — Mère, rhumatisante, migraineuse. — Grand'mère maternelle, migraineuse. — Aïeul maternel, diabétique(?). — Oncle maternel, mort de congestion cérébrale. — Cousin germain, mort de convulsions. — Sœur convulsions de l'enfance, — Autre sœur, morte de convulsions.*
Conception durant l'ivresse. — Naissance à 7 mois; absence, d'ongles. — Convulsions à 2 mois. — Chorée(?) de 4 a 6 ans, — Tics multiples. — Parole nulle. — Marche à 2 ans et demi.

Ros.. (Auguste) né le 27 septembre 1873, est entré à Bicêtre le 14 mars 1887 (service de M. Bourneville).

Antécédents (*Renseignements fournis par la mère*, le 28 mars 1887). — *Père*, 51 ans, sculpteur sur bois, homme vif, emporté, sujet à de fréquentes *céphalalgies* accompagnées d'épistaxie. Rhumatisant depuis la guerre, il fut pris en 1873, après la naissance, de l'enfant, d'accidents articulaire avec fièvre qui s'accompagnèrent de phénomènes cérébraux graves (délire, perte de la connaissance, durant vingt-quatre heures). Cette affection avait été précédée durant plusieurs jours d'un état mental tout particulier et bizarre. « Il s'arrêtait sur les trottoirs et parlait à toutes les personnes qu'il rencontrait. » Depuis il ne fut pris d'aucun accident nerveux. Il n'a jamais été atteint de dermatoses et ne présente pas de traces de syphilis. Sobre actuellement, il s'enivrait fréquemment à l'é-

poque de la conception de l'enfant. Il n'use pas de tabac. — [*Père*, sobre, mort à soixante et onze ans, de la suite le l'opération de la pierre que l'on exécutait sur lui pour la seconde fois. *Mère*, non nerveuse, morte à vingt-quatre ans d'une affection pulmonaire à la suite de sa quatrième couche. Dans le



Fig. 11. — Ros... en robe de gâteux (avril 1887).

reste de la famille du père, aucune affection psychique, nerveuse, arthritique, etc.]

Mère, cinquante ans, ménagère, femme forte, paraissant douce, d'une intelligence moyenne, elle a eu de légères atteintes de rhumatisme chronique aux poignets et des *migraines*

assez fréquentes survenant surtout le matin, s'accompagnant de scotomes, de nausées et de vomissements. Elle est très sobre, ne porte pas de traces de syphilis, est vive, nerveuse, sans avoir jamais eu de crises, ni d'accidents nerveux d'aucune sorte — *Père,* robuste, sobre, d'habitude bien portant,



Fig. 12. — Ros... devenu propre et mis en pantalon.

est mort à soixante-dix ans de pneumonie. — *Mère,* morte à cinquante-neuf ans avec de l'ictère, aurait contracté sa maladie ultime à la suite d'une peur que lui aurait faite un fou qui voulait la tuer (?). Elle était aussi *migraineuse.* — 3 *frères* dont un mort à treize ans de « *congestion cérébrale,* accompagnée

de *convulsions* ». Cette maladie aurait duré deux jours. — La *grand'mère maternelle* morte assez âgée d'une fracture de jambe, aurait été extravagante. « Elle aurait été comme un homme ». — Le *grand-père paternel* parait avoir été *diabétique*. — La *grand'mère maternelle* est morte « asthmatique ».



Fig. 13.

Dans le reste de la famille de la mère, rien d'intéressant, à part celà, à signaler.

Pas de consanguinité (père originaire d'Italie, mère franc-comtoise). L'inégalité d'âge des deux époux est d'un an.

7 *enfants* : 6 sont vivants à l'heure actuelle : 1° une fille

(vingt-sept ans) n'ayant jamais eu d'accidents nerveux, ni de convulsions, toujours bien portante. D'un caractère gai et vif, parfois emporté, elle est mariée et a eu 2 filles : une de ces dernières est morte en ayant des convulsions, l'autre a toujours joui d'une bonne santé, est bien portante et intelligente;



Fig. 14.

2° une fille (vingt-six ans), ayant eu à onze mois, une seule fois, des *crises convulsives* à l'époque de la dentition. Cette fille, saine de corps et d'esprit, bien qu'un peu excitable, a eu 4 enfants, 2 de ces enfants sont morts en bas âge, les 2 autres sont bien portants, aucun n'a eu de convulsions; 3° un gar-

çon (vingt-quatre ans), sobre et intelligent, n'a jamais eu de convulsions; 4° une fille morte à onze mois de *méningite* avec de nombreuses *crises convulsives*; 5° un garçon de dix-neuf ans, sobre, sans accidents nerveux; 6° une fille, sans



Fig. 15.

accidents nerveux, bien que nourrie pendant le siège; 7° notre malade.

Notre malade. — A l'époque de la *conception*, le mari se livrait à des excès alcooliques très fréquents et la mère est persuadée que l'enfant a été *conçu pendant l'ivresse*. La *gros-*

sessse fut accidentée. La mère s'exposait fréqemment au froid, passant la nuit à la recherche de son mari, dans le but de l'arracher aux excitations des mauvais camarades et d'empêcher dans la mesure du possible ses excès alcooliques. Elle prit alors froid, eut de l'œdème des jambes. Un médecin qui



Fig. 16.

l'examina prétendit qu'elle était atteinte d'hydramnios. Elle n'eut néanmoins aucune crise syncopale ni éclamptique, ne reçut pas de coups, ne fit pas de chutes, ne fut sujette ni aux vomissements, ni aux frayeurs, ni aux envies. L'*accouchement* eut lieu prématurément, à 7 mois. Il fut long, difficile,

sans nécessiter pourtant ni l'anesthésie, ni l'emploi du forceps. La rupture de la poche des eaux s'accompagna d'un épanchement de sérosité considérable. L'enfant, *à la naissance*, était tout petit, il n'était pas asphyxié, n'avait pas de circulaire autour du cou. On remarqua qu'il n'avait pas d'ongles et qu'il



Fi . 17.

avait les yeux malades : cette affection guérit au bout de deux mois. A six semaines, les ongles commencèrent à pousser. Il fut pris à deux mois de *convulsions* très courtes et très rapides se manifestant par de la cyanose, des grimaces de la face et des mouvements convulsifs des membres sans prédominance

d'un côté. Depuis, il n'a pas eu d'autres accidents convulsifs. Première dent à cinq mois. Dentition longue à se compléter. Début de la parole à onze mois; n'a jamais pu dire que « maman ». Rougeole et variole à deux ans. Coqueluche, plusieurs fois (?) dans son enfance.



Fig. 18.

De quatre à six ans, l'enfant aurait présenté des *mouvements choréiformes* dans les membres, tant à droite qu'à gauche. C'est après la disparition de cette *chorée* (?) que sont survenus chez lui les troubles bizarres que nous observons aujourd'hui et qui ont très peu varié. Ces troubles, d'après sa mère, *con-*

sistent en un besoin fréquent de mouvements. Depuis l'âge de deux ans et demi, il sait marcher et depuis six ans, il court constamment, ne peut rester en place et tourne fréquemment sur lui-même. Il reconnaît ses parents, mais est dans un état intellectuel des plus bas. Gâteux jour et nuit, il ne peut



Fig. 10.

se laver, ni s'habiller, cependant il se prête et aide un peu à cette dernière opération. Il a toujours été incapable de recevoir la moindre éducation. Sans cesse en mouvement, il passe parfois des heures à s'amuser avec un objet quelconque, un morceau de bois par exemple (*fig.* 11).

Etat du malade (19 *mars* 1887). — *Tête. Crâne* pointu en pain de sucre. Front fuyant. Asymétrie notable. Dépression prononcée des régions frontales et pariales droites. Occiput peu saillant. — *Face* ovale, physionomie stupide. Arcades sourcilières déprimées, sourcils châtain clair. — *Yeux*, stra-



Fig. 20.

bisme interne double surtout à droite. — *Iris* brun, pupilles égales, moyennement dilatées, à réactions normales. — *Nez*, moyen, épaté à la base. — *Bouche* moyenne. Lèvres assez volumineuses. *Oreilles* longues et larges, écartées du crâne à la partie postérieure. L'ourlet n'est pas très bien conformé

surtout à droite, il est déchiré à sa partie supérieure et présente un tubercule. Le lobule est peu développé et adhérent à gauche.

Thorax bien conformé ainsi que les *membres supérieurs* et *inférieurs*. Aucun signe de rachitisme. Le dos des mains



Fig. 21.

présente des *durillons* arrondis, limités par des bords latéraux très saillants, dus aux *morsures* répétées qu'il se fait sur les mains.

Les aisselles sont entièrement glabres. Le pénil présente quelques poils clairsemés et bruns. La verge a une longueur

de 8 centimètres et une circonférence de 8 centimètres 5. *Phimosis*, cependant le gland est découvrable, le méat est normal. Testicules du volume d'u œuf de passereau, le droit est légèrement moins volumineux que le gauche.

Sensibilité générale au tact, à la douleur, à la température



Fig. 22.

assez développée. *Goût :* Ros.. aime le sucre, mais n'éprouve pas de dégoût pour la teinture de coloquinte. L'*odorat*, l'*ouie* paraissent normaux. L'examen de la *vue* est impossible.

Description des tics (*Mars* 1888). — L'enfant exécute un continuel froncement de sourcils avec des grimaces de la *bouche*

dont il abaisse les commissures en poussant un petit grognement avec les lèvres et la langue. Lorsqu'il est en colère, il prend un air pleureur. Calme, il regarde autour de lui avec une physionomie hébétée. Il a peur et se met à crier dès qu'on l'approche on qu'on lui parle. Il fait avec les doigts des



Fig. 23.

mouvements bizarres et incohérents.. Dans la marche, il traîne toujours la pied gauche et tourne plusieurs fois sur lui-même lorsqu'il veut avancer. Son *état intellectuel* est très bas. Il ne parle pas, comprend peu, est d'une *instabillité* extraordinaire, entre parfois dans en colère et se mord furieusement le dos des mains.

1888. *Juillet.* Pas de modification notable de son état. Développement physique peu accentué. Léger duvet aux extrémités de la lèvre, aisselles glabres, poils assez abondants au pénil et à la racine des bourses, verge : longueur, 7 centimè-



Fig. 24.

tres, circonférence, 8 centimètres; testicules du volume d'un œuf de moineau.

1889. *Mars.* — L'enfant présente à cette époque des plaques à la bouche et à l'anus avec des adénites cervicales et sous-maxillaires. Aucune trace d'accident primitif; pas de roséole. Une enquête à son égard ne donne lieu à aucun résultat. Le

développement de l'enfant s'est accentué, la verge a conservé le même volume, mais les testicules sont de la grosseur d'un œuf de pigeon.

1890. *Juillet.* — Son état intellectuel n'est pas sensiblemnnt amélioré. Ses tics conservent les mêmes caractères, il est sujet à de violents *accès de colère* contre ses camarades et les infirmiers. Il se livre à l'*onanisme*. Le système pileux est assez développé aux aisselles et à la région anale. Ro.. passe à la grande école.

Décembre. Notes de l'école. — Physionomie douce, yeux à



Fig. 25.

demi fermés. Il marche en sautant, trainant le pied gauche et tournant souvent sur lui-même de gauche à droite. Il met fréquemment ses mains sur ses oreilles. Il connait bien sa place en classe. Il ne parle pas. S'il est contrarié, il crie « maman » respire fortement et se pelotonne, cherchant à se rapetisser. Il est fort craintif. A son entrée à l'école, il était violent, criait, gâtait et se masturbait continuellement. Au bout de quelques semaines, son état s'est amélioré, il sourit, obéit à quelques ordres (fermer la porte, ramasser du papier, etc.). Il a manie de couper du papier en petits morceaux. et de frot-

ter les murs et les meubles comme s'il voulait les nettoyer. Il connait les diverses parties de son corps, mais ne distingue pas le côté droit du gauche. Il n'a nul instruction, mais parvient à classer les figures géométriques en bois et colorées



Fig 26

sur les images correspondantes. Il reconnait sa mère, mais n'est pas très affectueux.

1891. *Juin.* — Pas d'amélioration, toujours même instabilité et mêmes manies. Ses notes d'école présente une particularité intéressante, c'est l'amour de cet idiot pour la symétrie. Il aligne les bancs inégalement distants, met par ordre de volume

les boules qui servent à son éducation. Au point de vue de la *puberté*, le développement s'est accentué, quelques poils apparaissent aux joues et à la l'extrémité du menton, les poils sont abondants aux aisselles. Les testicules sont du volume d'un noyau de pêche: la verge est bien développée. Il se masturbe



Fig. 27.

toujours cyniquement. Il ne parle pas et semble n'avoir fait aucun progrès (*Fig.* 12).

1892. *Avril.* — Outre ce que nous avons observé, Ros.. exécute de véritables valses. Il incline la tête à droite ou à gauche et tourne avec une très grande rapidité et cela parfois deux

minutes en faisant environ soixante tours par minute. Les derniers tours sont encore plus rapides, après il ne paraît pas étourdi, s'assied ensuite, la tête entre les genoux, puis recommence et cela parfois pendant des heures. Sa mère explique ce tic singulier par ce fait que plusieurs personnes sont venues



Fig. 28.

parfois danser chez elle et qu'il cherchait à les imiter. Il écarte souvent les jambes et arrive ainsi à faire le grand écart.

Au réfectoire, il ne se sert jamais de la cuillère, ni de la fourchette, lèche les assiettes, même la table, est gourmand. Le repas terminé, il débarrasse la table de la vaisselle et la porte

à l'office. Au dortoir, il ferme toutes les portes, frotte son lit, le parquet et le mur, avance en tournoyant, se déshabille lorsqu'on le lui ordonne, passe sa nuit assis sur son lit en grognant. Il ne gâte jamais. Il s'habille lui-même, mais on doit le débarbouiller.



Fig. 29.

Actuellement, sous le rapport de la *puberté*, il est bien développé : un fin duvet recouvre sa lèvre supérieure, quelques poils ont poussé aux aisselles, le pénil est garni de poils noirs abondants et frisés. La région anale est normale et garnie de poils noirs comme le périnée. La verge est assez volu-

mineuse (longueur : 11 centimètres ; circonférence, 8 centimètres 5), le gland conique. Les testicules sont de la grosseur d'un œuf de pigeon ; le gauche parait un peu plus gros que le droit. — Ros.. passe aux aliénés adultes (5me division, 1re section, service de M. le Dr CHARPENTIER) le 29 avril 1892.

Voici la description, à cette date, des *tics multiples* qu'il présente.

Ros.. commence par grincer des dents, en faisant des contorsions des doigts comparables aux mouvements de l'athétose (*fig.* 13, et 14). Il remue lentement les mains demi-fermées, comme pour attraper une mouche, puis met ses doigts les uns sur les autres, de façon que l'extrémité du petit doigt et des suivants jusqu'à l'index touche l'articulation métacarpo-phalangienne des doigts suivants. Il parvient à faire ce mouvement compliqué sans se servir de la main opposée. Il ne tarde pas alors à se pencher à terre, faisant de petits sauts et grinçant toujours des dents Il fait vibrer ses lèvres (*fig.* 15). et produit des bruits de cornage particulier. Pendant un instant, il se balance avec des mouvements de rotation de la tête et présente une posture que l'on ne saurait mieux comparer à celle observée souvent chez les ours du Jardin des Plantes.

Peu après, il se campe sur ses jambes écartées; le torse rejeté en arrière, la tête légèrement baissée et tendue en avant, il regarde avec fixité, les yeux dans un léger strabisme, convergent (*fig.* 16, 17). Il met alors la main droite dans la poche de son pantalon, laisse flotter l'autre le long de sa cuisse gauche, détourne la tête avec une expression de dédain et de suprême indifférence. Les vibrations de ses lèvres légèrement propulsées en avant, ajoutent encore à cette expression.

Alors il sort de sa poche un morceau de fer-blanc, se râcle un instant la main gauche avec, puis le porte à sa bouche, le mâchonne un instant et le remet dans sa poche.

Peu après, il nous tourne le dos, se porte sur le pied droit se penche fortement en avant sur ce seul pied et fait tout-à-coup volte-face. Nous l'interpellons : il obéit, vient rapidement auprès de nous en tournant deux fois sur lui-même, dans le trajet des quelques mètres qu'il est en train d'accomplir. Sur notre ordre, il s'assied, prend diverses positons (*fig.* 18, 19, 20, 21), se lève en se contorsionnant, se couche à terre (*fig.* 22, 23, 24, 25 26), se relève sans hésitation, presque automatiquement. Il ne répond pas aux questions que nous lui adressons, bien qu'il les comprenne toutes comme le prouvent les mouvements que nous lui faisons faire sur simple invita-

	1887	1888		1889		1890		1891		1892	1893
	Mars.	5 Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Janv.
Poids	40.400	40.000	39.500	39.400	43.500	47.400	49.500	50.000	53.000	54.000	59.500
Taille	1.52	1.52	1.54	1.55	1.58	1.59	1.62	1.64	1.66	1.67	1.67

Mensurations de la tête.

	1887	1888	1889	1890	1891	1893
Circonférence horizontale maxima	0.54	0.54	0.55	0.555	0.56	0.57
Demi-circonférence bi-auriculaire	0.36	0.37	0.37	0.375	0.38	0.39
Distance de l'occiput à la racine du nez	0.36	0.37	0.375	0.38	0.38	0.40
Diamètre antéro-postérieur maximum	0.185	0.185	0.185	0.185	0.185	0.192
— bi auriculaire	» »	0.13	0.13	0.14	0.15	0.15
— bi-pariétal	0.155	0.158	0.158	0.16	0.16	0.165

tion. Il se contente lorsque nous voulons exiger de lui une réponse de tirer la langue, de se dilater la bouche avec les index en crochet, tirant sur les commissures des lèvres, mais sa physionomie reste placide, et cet acte ne semble pas guidé par une intention offensante.

Ayant voulu examiner ses yeux et entr'ouvrir ses paupières il se mit à pousser des cris brefs et plaintifs en traînant sur la voyelle finale et comparable aux mugissements et aux bêlement des animaux : Ma-a-a-a, Be-e-e-e.

Marche. — Il s'avance le plus souvent lentement en deux temps, poussant le pied droit à 20 centimètres environ du gauche, qu'il ramène ensuite en traînant légèrement à peu de distance du premier, mais toujours en arrière. Cette démarche est assez analogue à la marche de l'escrime. Parfois, lorsqu'on veut le faire aller vite, il porte les pieds en avant l'un de l'autre comme dans la marche ordinaire, mais toujours en traînant, alors il tourne plusieurs fois sur lui-même pendant un court trajet. Les autres mouvements de Ros.. sont bien coordonnés, il prend les objets qu'on lui indique sans hésitation et est nettement droitier.

Sensibilité à la piqûre normale sur tous les points explorés. Ros.. se plaint en poussant les cris que nous avons signalés plus haut.

Réflexes. — Abolition complète du réflexe rotulien tant à droite qu'à gauche. L'introduction d'une cuillère dans l'arrière-gorge semble produire une impression désagréable, mais ne provoque pas le réflexe nauséeux. — *Ouie :* R.. entend également très bien à droite et à gauche. — *Vue* : l'acuité visuelle parait suffisante, il va quérir facilement et sans hésiter de très petits objets placés à une certaine distance de lui. Ses pupilles, peu dilatées, paraissent être plus sensibles à la lumière qu'à l'accommodation, mais réagissent sous ces deux influences. La notion des couleurs est très bornée chez lui.

Etat intellectuel en général. — Ross.. n'est pas méchant, il aime à être seul, et trouve le plus grand plaisir à déchirer du papier *(fig.* 27) dont il entasse les morceaux dans ses poches et à se mordiller le dos des mains qui portent en effet une double cicatrice calleuse de 3 centimètres et demi à 4 centimètres de long. Il obéit toujours et semble n'être jamais animé par aucune impression spontanée de plaisir ou de déplaisir. Il végète sans aucune volonté, obéissant automatiquement sans chercher à se rendre le moindre compte de la valeur de ses actes et de leur conséquence possible. Très pusillanime,

le moindre geste brusque l'effraie (*fig.* 28, 29), toutefois, cette frayeur, excessivement passagère, semble purement réflexe et disparaît aussitôt que l'acte qui l'a provoquée est accompli.

RÉFLEXIONS. — Les causes prédisposantes et déterminantes de l'idiotie chez Ros... sont nombreuses. Au point de vue de l'*hérédité*, les accidents neuro-arthritiques abondent, tant dans la famille du père que dans celle de la mère. L'*alcoolisme* du père, la conception probable pendant l'ivresse, l'hydramnios, la naissance avant terme, sont plus que suffisants pour expliquer l'état psychique de notre malade. Les *accidents convulsifs* rares, survenus à deux mois et sans répétition, ne sont point suffisants pour nous faire songer à une lésion irritative du cerveau (méningite chronique ou sclérose des circonvolutions). D'autre part, l'état rudimentaire de son intelligence, les mouvements coordonnés et bizarres qu'il répète constamment, l'asymétrie crânienne, l'absence de parole nous permettent, en le comparant à des cas semblables dont on a pu faire l'autopsie, de poser le diagnostic d'*arrêt de développement cérébral*. Cette atrophie, d'origine congénitale, doit même poser tout particulièrement sur l'hémisphère droit. N'est-il pas, en effet, remarquable de voir Ros... user tout particulièrement de ses membres droits, les seuls véritablement actifs, tandis qu'il laisse trainer le pied gauche dans sa marche ordinaire, et que la main correspondante flotte le plus souvent inerte le long de la cuisse. Notons toutefois qu'il n'a jamais été paralysé.

II. Ros.., est le prototype, si nous pouvons nous exprimer ainsi, de toute une classe d'idiots, et c'est là ce qui fait l'intérêt de cette observation. La forme de la tête, les *tics coordonnés*, complexes, multiples, et *reproduisant constamment la même série de mouve-*

ments, l'absence plns ou moins complète de la parole, le manque absolu de volonté, sont les symptômes caractéristiques de ce genre d'idiots, généralement bien constitués physiquement et n'offrant pas de paralysie.

L'*origine des tics* chez Ros. est intéressante. Comme ses pareils, il est avide de mouvements et surtout de mouvements rotatoires *(gyrospasmes)*. Il éprouve une véritable jouissance à tourner, jouissance comparable à celle que manifeste l'enfant quand on le berce. Mais ici le plaisir dû au mouvement se complique du résultat de l'imitation. Sa mère, en effet, nous a raconté que son fils est devenu « un valseur » en voyant danser des amis qui régulièrement venaient ainsi se récréer chez elle et Ros... a joint, dans ses tics, ces deux penchants si communs chez les idiots : la nécessité du mouvement et l'imitation. Une autre particularité intéressante, chez notre malade, est le manque de volonté et l'obéissance passive, automatique, qu'il met à exécuter les ordres qu'on lui donne. Ce manque de volonté peut expliquer en partie la persistance et la reproduction des mêmes tics ; aucune action volontaire d'inhibition ne peut se manifester chez lui pour mettre un terme à ces habitudes vicieuses. Ce manque de la volonté est fréquent chez les idiots, il offre une similitude avec l'état des hypnotisés, qu'il serait intéressant de comparer à nombre de nos malades, que l'on peut si facilement suggérer à l'état de veille. Nous nous réservons du reste, à propos d'autres cas de ce genre, d'étudier cette particularité et d'établir plus nettement cette comparaison.

III. La *description* et la *classification* méthodiques des tics des idiots est une tâche des plus intéressantes. Elle fera prochainement, de la part de l'un de nous, l'objet d'un travail spécial. Aussi, nous borne-

rons-nous ici, à propos de Ros..., à rapporter quelques exemples qui s'ajouteront à ceux que nous avons eu l'occasion de citer dans les observations consignées dans les treize volumes de nos *Comptes rendus du service des enfants de Bicêtre.*

A propos de l'*écholalie*, dont nous avons parlé ailleurs et qui est assez fréquente et peut disparaître, nous dirons que, à côté des enfants chez lesquels la répétition se produit vite, il en est d'autres chez lesquels elle ne se manifeste qu'après insistance, c'est-à-dire après que l'observateur a répété plusieurs fois le mot. Elle est simple ou composée. Dans ce dernier cas, l'enfant répète deux, trois, quatre fois le mot ou les mots qu'on a dits devant elle et cela ou de suite ou à intervalles plus ou moins éloignés (Julie Ler..) (1). Parmi les *tics de la parole*, notons celui qui consiste en une sorte d'*explosion* : les premiers mots de la phrase sont jetés comme une sorte de *hoquet*. (Telle est Mlle Louise Th... : de plus, il lui arrive fréquemment, lorsque le mot ne vient pas aussi vite qu'elle le voudrait, de pousser une sorte d'interjection, constamment la même : « Tout en plein. ») — Un de nos malades Villacè.., surnommé *le gifleur* par ce qu'il a des impulsions à donner des gifles, fait des contorsions de la face, indice d'un effort, avant de prononcer les premiers mots qui sortent comme une explosion. Il entrecoupe ses phrases d'inspirations profondes. — Chez d'autres enfants, les tics s'accompagnent de mots grossiers ou bien encore on observe chez eux des impulsions à proférer des injures les plus grossières. — Caut... a des accès de cris avec émission de mots grossiers. — Coutan... appartient à une autre variété : ce ne sont pas des mots grossiers, mais des gestes.

(1) L'écholalie s'observe parfois chez les *délirants*. Ainsi Carti..., épileptique, pris de délire après une série de crises, répétait tout ce qu'on disait, bien qu'en temps ordinaire il ne soit pas écholalique.

Parfois, chez le même enfant, on observe les paroles grossières et les gestes grossiers, tel est Rob... (Léon) : il court dans la classe appelant tout le monde : « putain, vache, salope, mon c... pour toi » et simultanément, il ouvre son pantalon en faisant un vilain geste et dit : « Tiens, voilà ma bête, salope ! » et si l'on arrivait pas à temps, il sortirait sa verge.

Signalons l'habitude de siffloter, de se ronger les ongles, de jeter les objets, de lécher les murs. Les grincements de dents, les cognements de tête (1) sont fréquents, surtout dans l'*idiotie méningitique* et peuvent concourir, dans une certaine mesure, au diagnostic.

Sim.., idiot aveugle, a l'*habitude* de mettre ses doigts dans ses yeux, puis dans sa bouche, ou bien il passe ses mains sur sa figure, comme un chat qui se nettoie, et s'enduit le visage de sa bave, qui, mélangée avec la malpropreté de ses mains, lui donne un aspect repoussant.

Gouj... ouvre de grands yeux, frotte ses mains l'une contre l'autre, et aspire fortement en serrant les dents, ce qui produit des petits bruits stridents, etc., etc.

Comme on le voit, l'étude des tics chez les idiots est très intéressante. Il faudrait, nous le répétons, les grouper et les interpréter au point de vue clinique et chercher quelle est leur valeur diagnostique.

(1) Nous avons vu autrefois une brebis qui avait un tic de ce genre. Elle ne se cognait pas la tête comme les moutons qui ont le tournis, mais cherchait à cogner les personnes ou les autres brebis.

XXII.

Du traitement chirurgical et du traitement médico-pédagogique de l'idiotie (1);

Par BOURNEVILLE.

Vers le mois de mai 1890, notre ami, M. le Dr P. Poirier, chirurgien des hôpitaux, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, vint nous entretenir des premiers essais du *traitement chirurgical de l'idiotie* faits par M. le professeur Lannelongue à l'hôpital Trousseau. Comme il trouvait que j'accueillais sa communication sans enthousiasme, je lui répondis ceci: « Si votre discours me laisse un peu froid, c'est que je réfléchis à l'*état des crânes* des enfants dont j'ai fait l'autopsie; qu'ils ne me semblent pas offrir d'ossification prématurée; c'est que je pense surtout à l'*état du cerveau* recouvert par ces crânes, aux lésions si diverses et parfois si profondes qu'ils présentent. Je me demande ce que peut faire, pour la guérison, une ouverture pratiquée sur la calotte crânienne, ouverture dont les bords seront toujours inextensibles et qui nécessairement se fermera d'autant plus vite que les enfants seront plus jeunes.» Et je conclus en lui disant : «Je n'ai jamais été opposé, vous le savez, aux innovations; je pense qu'avant de rejeter même celles qui choquent par leur singularité, leur imprévu et heur-

(1) Communication faite au *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*. (Session de Blois, août 1892.)

tent plus ou moins brutalement les opinions reçues, il convient de les examiner, de peser les faits sur lesquels elles s'appuient. Mais, puisque le nouveau traitement invoque en sa faveur des caractères anatomiques du crâne particulier, aux idiots, dont les sutures seraient ossifiées prématurément, venez voir les crânes et les cerveaux correspondants que j'ai conservés dans mon musée de Bicêtre. Nous les examinerons ensemble ; puis, s'il y a lieu, nous choisirons les enfants qui seront dans les conditions voulues pour profiter du traitement chirurgical qui offre, selon vous, des avantages considérables.»

Quelques jours après cette conversation, M. P. Poirier vint à Bicêtre. Il jeta un coup d'œil sur une partie des 300 *crânes* ou des *calottes crâniennes* que possédait alors le musée ; sur les *atlas photographiques* des cerveaux et sur les *cerveaux* eux-mêmes. Cette visite lui démontra que si la trépanation ou la *crâniectomie* peut être utile dans certaines circonstances, lorsque les troubles intellectuels sont susceptibles d'être rattachés à un traumatisme de la tête, à un abcès ou à une tumeur du cerveau, elle est contre-indiquée dans l'immense majorité des cas.

I. Le *traitement chirurgical* de l'idiotie ou la *crâniectomie* a été préconisé par M. le professeur Lannelongue. Sa première opération a été faite le 9 mai 1890 sur une petite fille de 4 ans. Si l'on en croit M. le Dr Lane, l'opération n'était pas nouvelle. Ce médecin l'aurait, en effet, pratiquée lui-même le 22 août 1888 sur une enfant âgée de 9 mois, présentant les signes de l'imbécillité mentale. » L'enfant succomba 14 heures après l'opération (1). Toutefois la priorité de l'opéra-

(1) *The med. Journal of the american Association*, 9 janvier 1892 et *Archives de neurologie*, t. XXIV, p. 381.

tion, sous le rapport de la publicité, appartiendrait sans conteste à M. Lannelongue qui, deux ans avant M. Lane, a fait connaître ses premiers résultats dans une note communiquée le 30 juin 1890 à l'Académie des sciences (1), si, dès 1878, le docteur Fuller (de Montréal) n'avait pas eu l'idée d'enlever par le trépan des morceaux du crâne chez un enfant idiot âgé de deux ans. Son but, en pratiquant cette opération, était le même que celui poursuivi par M. Lannelongue : il voulait faciliter l'expansion du cerveau et par suite le développement des facultés intellectuelles (2).

Suivant M. Lannelongue, il existe trois théories pour expliquer la *microcéphalie*, — mot générique par lequel il désigne les formes multiples de l'*idiotie* : 1° ossification prématurée des sutures (Virchow ; — 2° cerveau normal réduit (Vogt) ; — 3° altérations fœtales (3), lésions pathologiques (Bourneville, Hill, Hutchinson). Par son opération, M. Lannelongue, « voulait donner un nouvel essor du cerveau en affaiblissant la résistance du crâne. » Tout d'abord, l'*opération* consistait en une incision à deux travers de doigts de la ligne médiane, 9 centimètres sur 6 millimètres. Puis, M. Lannelongue a modifié la forme et les dimensions de la brèche osseuse.

En présentant à l'Institut la note du savant chirurgien de l'hôpital Trousseau. M. le prof. Verneuil s'est exprimé ainsi : « J'appelle, dit il, l'attention de l'Académie sur une opération *absolument nouvelle*, qui fait le plus grand honneur au chirurgien distingué qui l'a imaginée, exécutée et menée à bonne fin. Il ne s'agit point ici, en effet, d'une tentative empirique faite au hazard, ni d'une sorte de vivisection humaine comme on en exé-

(1) *De la crâniectomie dans la microcéphalie* (*Comptes-rendus*) p. 1882).
(2) Voir *Progrès médical*, 1878, p. 929 et *Presse méd. belge*.
(3) Produisant un arrêt de développement.

cute trop souvent de nos jours. La résection partielle des os de la voûte du crâne, opposée à la microcéphalie est une conception tout à fait rationnelle, *inspirée par l'anatomie et la physiologie pathologiques* et qui a donné déjà à l'*à priori* théorique, un résultat fort remarquable. »

Vous verrez tout à l'heure, Messieurs, si les crânes que nous allons faire passer sous vos yeux, corroborent l'opinion très optimiste de M. le professeur Verneuil.

Plus tard, M. Lannelongue a publié une note plus étendue dans laquelle il maintient son opinion première sur l'ossification prématurée des sutures chez les microcéphales. Les lésions décrites, hydrocéphalie, sclérose, etc., « coïncident, écrit-il, avec la *synostose prématurée.* » Au point de vue opératoire, il distingue la *crâniectomie linéaire* et la *crâniectomie à lambeaux*. Dans les deux cas, il fait une brèche plus ou moins longue et large de 8 à 10 millimètres (1).

Enfin, M. Lannelongue a fait sous le même titre que la note précédente une communication au *Congrès français de chirurgie* (31 mars 1891, p. 73). Cette communication se termine par le résumé suivant :

« Les résultats opératoires ont été les suivants ; vingt-cinq opérations, vingt-quatre guérisons ; la moyenne des guérisons opératoires a été de 10 jours. Une seule mort au bout de 48 heures.... Sur les 24 guérisons, il y a 3 suppurations minimes qui ont guéri, deux en quelques jours, la troisième a suppuré trois semaines ; dans aucun cas, il n'y a eu de nécrose.

Le plus jeune de mes opérés a été un garçon de 8 mois et le plus âgé avait 12 ans $^1/_2$. J'ai opéré 13 garçons et 12 filles. « Parlerai-je maintenant des résultats définitifs ? Cela devrait être, car s'il est encourageant de n'avoir à enregistrer pour

(1) *De la crâniectomie chez les microcéphales, chez les enfants arriérés et chez les jeunes sujets présentant, avec ou sans crises épileptiques, des troubles moteurs ou psychiques* (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1891, p. 89).

ainsi dire que des succès opératoires, on ne doit pas oublier qu'on vise un tout autre but. Ce but on peut le déterminer dans cette formule : faire rentrer dans la vie commune des sujets voués à l'existence la plus misérable, tant au point de vue intellectuel et moral qu'au point de vue physique. Mais à qui pourrait venir la pensée que ces déshérités de toutes les manières seront régénérés et transformés subitement ?

« Mes opérés sont suivis avec toute la sollicitude que je puis y mettre et je possède déjà des documents qui me permettent de dire que le plus grand nombre d'entre eux sont manifestement améliorés. Mais comme beaucoup de ces opérations sont encore récentes, je me borne aujourd'hui à en informer mes confrères en attendant que je puisse livrer intégralement à la publicité les résultats obtenus. »

Près de 18 mois se sont écoulés depuis les premières opérations; il serait donc très intéressant de connaître exactement la situation actuelle des opérés. Un tableau détaillé des âges, des particularités du cas, de la date des opérations, du traitement consécutif, etc., ne manquerait pas non plus d'intérêt.

II. Nombreux sont les chirurgiens qui depuis la première publication de M. Lannelongue ont pratiqué la crâniectomie chez les idiots. Nous avons résumé dans ce tableau, non tous les cas, mais au moins le plus grand nombre.

Numéros d'or.	NOMS DES OPÉRATEURS.	Sexe. G.	Sexe. F.	Age.	Diagnostic.
1	Fuller (de Montréal).	G.		2 ans.	Idiotie.
26	Lannelongue........	13	12	»	Idiotie; microcéphalie.
	Anger (Th.).		F.	8 ans.	Idiotie.
	Bauër...............		Fme Je.		Microcéphalie.
	Bilhaut	G.		4 ans.	Idiotie.
30	Binnie (J F.).........	G.		20 mois.	Microcéphalie.
	Cerné	G.		39 mois	Idiotie.
	Chénieux		F.	4 ans 2 mois.	Idiotie.
	Chénieux	G.		1 an 8 mois.	Idiotie; microcéphalie.
	Clayton Parkill	G.		4 ans.	Microcéphalie.
35	Estor		F.	11 a. 1/2	Idiotie.
	Gerster et Sach		F.	4 ans 1/2	Idiotie.
	Heurtaux		F.	6 mois.	Idiotie.
	Horsley	G.		3 ans.	Microcéphalie.
	Horsley	G.		7 ans.	Idiotie.
40	Keen		F.	4 ans 7 mois.	Microcephalie.
	Keen		F.	11 ans.	Idiotie.

DATE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTAT.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE.
1878	Paralysie transitoire du bras. Amélioration.	*Progrès médical* 1878, p. 929 et *Presse médicale belge.*
1890-91	1 mort.	*Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 80.
11 février 1891.	Amélioration légère.	*Ibid.*, 1891, p. 81.
2 crâniectomies Pas de date.	Guérison opératoire.	*Clinique des médecins et chirurgiens de St-Louis.*
11 mai 1892.	Amélioration.	*Annales d'orthopédie*, 1892, *p.* 177.
1892.	Mort.	*Kansas City med. Index*, 1892. XIII, p. 125.
19 juin 1890.	Amélioration.	*Normandie médicale*, 1891, p. 401.
7 oct. 1891 et 22 janvier 1892.	Amélioration légère.	*Congrès français de chirurgie*, 1892, p. 339.
octobre 1891.	Amélioration (1).	*Ibid.*
9 octobre 1891.	Amélioration.	*The med. News*, 1892, 27 février, p. 236.
10 octobre 1890.	Guérison opératoire. Pas d'amélioration.	*Montpellier médical*, 4 juin 1892, p. 446.
16 janvier 1891.	Mort 3 h. 1/2 après l'opération.	*Amer. journal of med. Science*, 1891.
1er février 1891.	Mort.	*Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 91.
1891.	Amélioration.	*British med. journal*, 12 septembre 1891, p. 579.
1891.	Mort.	*Ibid.*
1re crânie 1890. 2e le 17 février. 1891.	Guérison opératoire, amélioration	*Med. News*, 29 novembre 1890, p. 557.
1e crâniectomie, 3 déc. 1890. 2e crâniectomie, 2 mars 1891.	Amélioration peu prononcée; guérison opératoire.	*Amer. Journal of med. Science*, 1891, Juin.

NUMÉROS D'OB.	NOMS DES OPÉRATEURS.	SEXE. F.	G.	AGE.	DIAGNOSTIC.
	Keen	G.		16 mois.	Idiotie, crises convul-sives.
	Lane................			9 mois.	Idiotie.
	Lane................			id	Imbécillité, microc
45	Larabie (de Nantes)..		F.	id	Idiotie, crises convu
	Largeau	G.		4 ans.	Idiotie.
	Mac Clintoc		F.	3 a. 8m.	Idiotie.
	Maunoury...........		F.	4 ans.	Microcéphalie.
	Maunoury...........	G.		1 an.	Microcéphalie.
50	Morrisson			29 mois.	Idiotie.
	Moulonguet	G.			Idiotie.
	Petel (de Rouen)		F.	17 ans.	Idiotie.
	Piéchaud-Pons		F.	13 ans.	Idiotie.
	Piéchaud-Régis		F.	4 ans $^1/_2$.	Idiotie.
55	Prengrueber	G.		9 ans.	Idiotie et microcépha-lie.
	Ransohoff...........		F.	3 a. 7 m.	Idiotie.
	Schalders-Miller	G.		8 mois.	Microcéphalie et névrite optique.
	Trimble..............			3 ans.	Idiotie.
60	Tuholske...........	G.		»	Idiotie.
	Villard			5 ans.	Idiotie.
62	Wieth......	G.		1 an.	Idiotie.

(1) Cet enfant a été crâniectomisé une fois par M. Lannelongue en 1890.

DATE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTAT.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE.
16 janvier 1891.	Mort 1 h. 1/4 après l'opération.	*Amer. Journal of med. Science*, 1891.
28 août 1888.	Mort 14 h. après l'opération.	*The med. Journal of the americain med. Association*, 9 janvier 1892, p. 49.
1891.	Amélioration.	*Ibid.*, p. 488.
	Mort au 5me jour.	»
2 juillet 1891.	Amélioration légère.	*Congrès français de chirurgie*, 1892, p. 337.
28 mars 1891.	Amélioration.	*Jour. of nervous and mental diseases*, octobre 1891, p. 645.
20 octobre 1890.	Pas d'amélioration	*Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 90.
2 mars 1891.	Mort 20 h. après l'opération.	*Ibid.*
17 avril 1891.	Amélioration.	*New-York med. Record*, 1[illegible] juillet 1891, p. 63.
Juillet 1892.	Pas d'indication.	*Soc. méd. d'Amiens*, août 1892.
15 mars 1891.	Pas d'amélioration	Voir plus loin : OBSERVATION I.
(?)	Amélioration peu sensible.	*Jour. de médec. de Bordeaux*, juillet et août 1891, p. 356.
février 1892.	Même état.	*Ibid.*
décembre 1891.	Amélioration.	*Bulletin médical*, 1892, 27 janvier, p. 81.
9 février 1891.	Amélioration légère.	*The med. News*, 13 juin 1891 p. 653.
21 mars 1892.	Amélioration.	*British med. Journal*, 2[illegible] juillet 1892, p. 176.
8 novemb. 1890	Quelque amélioration.	*The med. News*, 3 janvier 1891,
7 octobre 1891.	Guérison opératoire.	*Weekly medical Review*, 21 novembre 1891.
	Mort le 3me jour.	*University med. Magaz.*, octobre 1891.
7 janvier 1891.	Amélioration.	*Med. Record*, N. Y. 21 février 1891, p. 233.

Malgré le soin que nous avons mis à dresser ce tableau, il est assurément incomplet et présente des lacunes. Trop souvent les observations sont incomplètes, manquent de détails et ont été publiées quelques jours après l'opération, c'est-à-dire avant qu'on ait pu se rendre un compte exact des résultats que les opérateurs en pouvaient attendre. Qu'entendent-ils par amélioration ? Ils ne précisent pas toujours. Nous attendons maintenant la publication, qui ne peut tarder bien longtemps, non plus des *résultats opératoires* qui font honneur aux chirurgiens mais des *résultats thérapeutiques* qui rendent service aux malades : Cette publication permettrait d'avoir enfin une idée exacte sur la valeur thérapeutique de la *crâniectomie.*

III. Bien des fois nous avons eu l'occasion de publier dans les *Comptes-rendus annuels* de notre service, de 1880 à ce jour, des descriptions des crânes de nos malades décédés, ainsi que dans nos communications au *Congrès international de médecine mentale* de 1889, à la session de l'*Association française pour l'avancement des sciences* de la même année et au *Congrès des aliénistes* de Rouen en 1890. Nous avons insisté plus particulièrement encore sur ce point dans les *comptes rendus* du service pour 1890 et 1891. Enfin, il y a quelques jours, l'un de nos élèves M. Tacquet, sur notre conseil, a pris pour sujet de sa thèse : *De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots.* Elle contient la description de 26 crânes d'idiots appartenant à presque toutes les formes de l'idiotie(1). Il ressort de ces différents travaux que, chez ces malades, *les sutures du crâne ne sont pas ossifiés prématurément.*

(1) Voir aussi mes remarques sur le *Traitement de l'hydrocéphalie* dans le n° 70 des *Archives de neurologie*, p. 130.

Afin de vous mettre, Messieurs, en mesure de vous faire vous-mêmes une opinion précise sur la question de la *synostose prématurée des sutures du crâne chez les idiots* sur laquelle on s'appuie pour pratiquer la crâniectomie, nous allons vous montrer les *calottes crâniennes* de 12 idiots, appartenant à des catégories très diverses ; nous vous donnerons d'abord l'histoire détaillée d'une jeune idiote, crâniectomisée par M. le Dr Petel (de Rouen) dont voici le crâne (*Fig.* 1). Pour les onze autres, nous nous bornerons à un *résumé sommaire de leur histoire*, et, avec les *crânes*, nous vous ferons passer les *photographies des cerveaux* correspondants.

OBS. I. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE MÉNINGO-ENCÉPHALITE ; CRANIECTOMIE.

SOMMAIRE. — *Père, migraineux, rhumatisant, graveleux. — Grand-père paternel, nombreux excès de tout genre ; plusieurs attaques apoplectiques ; hémiplégique. — Demi-oncle paternel, mort phtisique. — Mère nerveuse. — Grand' mère maternelle, asthmatique. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.*

Enfant petite à la naissance. — Déglutition pénible ; bave ; retard des premières manifestations intellectuelles, préhension difficile ; gâtisme. — Mémoire des personnes, sentiments affectifs conservés. — Grimpeuse. — Accès de colère. — Crâniectomie en mars 1891 : pas de modification de l'état intellectuel. Pelade à l'entrée. — Tuberculisation pulmonaire et péritonéale. Mort.

AUTOPSIE : *absence de synostose des sutures du crâne. — Description de la brèche osseuse ; — lésions de méningo-encéphalite, etc.*

Blai... (Maria), née à la Ferté-Saint-Samson, le 8 juin 1874, entrée à la Fondation Vallée, le 1er juin 1891, est décédée le 5 novembre 1891.

ANTÉCÉDENTS. — (*Juillet* 1891). — *Père*, 48 ans, voyageur de

commerce. Pas de convulsions, pas de fièvre typhoïde, migraineux, assez nerveux, a eu à 36 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui ne s'est pas reproduit depuis. Il y a quatre mois, attaques de coliques néphrétiques ayant duré 4 jours; hématurie assez abondante. Pas d'alcoolisme; il n'en présente d'ailleurs pas de signes; avoue pourtant quelques excès avant son mariage. Ni blennorrhagie, ni syphilis. Santé habituelle bonne. — [*Père*, mort à 57 ans, à la suite de plusieurs *attaques d'apoplexie*; il était *paralysé* de tout un côté (?). — Pas rhumatisant ni nerveux. « C'était un homme qui avait beaucoup vécu »; il avait dû faire des excès de tout genre pendant sa jeunesse. — *Mère*, 76 ans, bien portante, non nerveuse, opérée avec succès de cataracte double. — *Grands-parents paternels* tout à fait inconnus. — *Grand-père maternel* mort vers 80 ans; était d'une très bonne santé habituelle. — *Grand'mère maternelle* morte à 86 ans. — Deux *oncles paternels* morts tous deux entre 50 à 60 ans on ne sait de quoi. Ils n'étaient pas nerveux. L'un avait 6 enfants qui n'auraient présenté rien de particulier. — Une *tante paternelle*, morte à 60 ans, n'aurait pas eu de maladie nerveuse. — 10 *oncles* et *tantes maternels*, 5 sont morts de cause inconnue. Les autres, sont bien portants ainsi que leurs enfants. — Deux *frères* du 1er lit (son père s'est marié 3 fois). Un est mort de la poitrine, 4 ans après son mariage avec une femme phtisique, (il faut noter que sa mère était morte de la poitrine) laissant une fille bien portante. Un autre *frère*, 58 ans, pas nerveux, intelligent, a eu 8 ou 10 enfants en bonne santé. — Deux *sœurs* du 1er lit également, une des deux est morte sans avoir eu d'antécédents nerveux. L'autre sœur est bien portante, sans enfants. Une sœur du même lit que le père est un peu nerveuse, sans crises, intelligente. — Dans sa famille, le père n'a jamais entendu parler d'idiots, d'aliénés, d'épileptiques, de paralysés; pas de difformes d'aucune espèce, pas de suicidés, de débauchés, de criminels.

Mère, 40 ans, forte, bien portante; pas de convulsions. Pas de scrofules, de rhumatismes, etc..; elle est assez nerveuse, très émotive mais sans crises. — [*Père*, 60 ans, n'a jamais eu aucune maladie nerveuse. — *Mère*, 56 ans, asthmatique, non nerveuse, intelligente. — *Grand-père paternel*, mort à 86 ans, de vieillesse, était assez vif, emporté. Pas de troubles mentaux. — *Grand'mère maternelle* morte vers 40 ans d'une maladie épidémique (?); aucun détail sur elle. — Les *grands-parents maternels* sont morts tous deux très âgés à 80 ans passés, n'ayant jamais été malades. — Trois *oncles paternels*, une *tante paternelle* et une *tante maternelle* d'une excellente

santé. — Pas de consanguinité ; — différence d'âge de 3 ans.

4 *enfants* : 1° garçon, 23 ans, pas de convulsions, n'a jamais été malade, sobre ; — 2° fille, 15 ans, pas de chorée, pas de convulsions, etc. ; — 3° notre malade ; — 4° garçon, 3 ans, pas de convulsions.

Notre malade. — Rien de particulier au moment de la *conception* ni pendant la *grossesse*, sauf que les affaires du père ne marchaient pas très bien et qu'il y avait passablement de soucis de ce côté ; ni coups, ni émotions d'aucune sorte, ni syncopes. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. — Pas d'asphyxie à la naissance. L'enfant était bien constituée mais plus petite que la moyenne des enfants, elle a été élevée au biberon, en nourrice, avec du lait de vache. A partir de 3 mois, on lui donna en outre de la farine lactée. Sevrage vers 15 mois. *Dès le début, on a remarqué qu'elle n'avalait pas facilement, et qu'elle bavait.* On ne sait à quelle époque elle a eu sa première dent ni sa dentition complète. Le père ne se rappelle pas à quel âge elle a commencé à dire quelques mots et à se tenir sur ses jambes ; il sait seulement que, sous ce rapport, elle a toujours été *très en retard.* Elle n'aurait jamais eu de convulsions. Le père ignore si elle a eu des maladies infectieuses. — Les renseignements qu'il nous donne sur les antécédents personnels de son enfant sont d'ailleurs très peu précis ; elle est restée chez sa nourrice sèche presque jusqu'au moment où on l'a opérée, et son père n'allait la voir qu'à des intervalles assez éloignés. Il prétend qu'elle comprend à peu près tout ce qu'on lui dit, mais répond mal, souvent d'une façon incohérente ; elle aurait pourtant un nombre assez considérable de mots à sa disposition (?). On n'a jamais rien pu lui apprendre. Elle ne s'habille pas seule, gâte, mange salement avec ses mains. Elle bave beaucoup surtout en mangeant ; elle parait avoir une certaine difficulté à avaler. Elle a une bonne mémoire, reconnait bien et longtemps les personnes et les choses. Pas de mauvais instincts, ni gourmande, ni voleuse, etc. Pas d'onanisme.

Le père ne sait si elle grince des dents, si elle a des secousses brusques, des étourdissements ou des cauchemars. Il assure qu'elle n'a rien eu de particulier du côté de l'appareil respiratoire.

Les *sentiments affectifs* seraient assez développés, elle reconnait bien ses parents et parait contente de les voir. Assez coléreuse, elle se fâche quand on veut lui faire faire une chose dont elle n'a pas envie, donne des coups de pied et de poing. Elle n'a pas eu d'accidents scrofuleux, pas d'engelures, etc.

Le père ne sait à quoi attribuer la maladie. Ayant lu dans un journal le récit des opérations de M. Lannelongue, il demanda l'avis de M. le Dr Petel (de Rouen). Celui-ci lui dit que l'enfant n'ayant rien à perdre à l'opération, celle-ci lui semblait indiquée. La crâniectomie a eu lieu le 15 mars. Depuis, le père n'a constaté aucune modification dans l'état de l'enfant.

Avant l'opération, Bla.... n'avait que peu de spontanéité dans ses actes; elle passait son temps ainsi, jouant avec les objets qu'elle avait sous la main, des bouts de papier, d'étoffe ou de ficelle, ou bien elle courait de côté et d'autre, *grimpait* comme un chat sur les meubles. Jamais on n'avait pu l'habituer à une occupation suivie, ni au travail. Si on la laissait sortir dans la rue, elle se traînait dans la boue, faisait ses ordures, sans paraître en avoir conscience. Elle bavait constamment, se fourrait fréquemment les doigts dans la bouche et cela quelquefois pendant fort longtemps. Ses paroles spontanées étaient le plus souvent incohérentes; elle demandait à manger, « à faire dodo », sans avoir ni faim, ni sommeil. Elle mange avec appétit, salement, avec ses doigts, sans salacité d'après le père; son goût est peu développé, elle mangeait de tout indifféremment, pourtant elle paraît avoir certaines préférences, aime beaucoup la soupe, les choses salées et peu les mets sucrés; son haleine a toujours senti très mauvais. Il ne lui est jamais arrivé d'accidents d'aucune sorte, mais elle nécessitait une surveillance de tous les instants, bien qu'elle ait le sentiment du danger : elle est tombée un jour auprès d'une mare chez sa nourrice et poussait des cris épouvantables, craignant de tomber à l'eau. Elle ne s'approche jamais du feu assez pour se faire du mal ou pour qu'on puisse craindre qu'elle tombe dans le foyer. La nourrice chez qui elle était avant l'opération l'a vue depuis; elle n'a pas trouvé grand changement dans l'état de l'enfant. Elle dit que Bl... ne parle pas mieux maintenant qu'avant l'opération. Ses idées ne paraissent pas plus claires ; elle n'est pas plus susceptible d'éducation. Le père dit que, à l'hôpital de Rouen, la sœur s'occupait d'elle, essayait de lui apprendre.

Bl... aurait de la mémoire, connaissait bien les gens du pays par leur nom qu'elle prononçait toujours très mal; elle se rappelait quelquefois des évènements survenus 3 ou 4 mois auparavant, elle le rappelait par un mot, un geste. Disons que tous ces rensignements sont bien vagues; le père n'a pas

l'air d'y attacher une grande importance, et tous les petits détails que nous lui demandons n'ont jamais beaucoup attiré son attention. En terminant, il exprime le désir que si son son enfant meurt, nous pratiquions l'autopsie et lui en fassions connaître les résultats.

1891. 3 *juin*. — L'enfant nous est arrivé la tête enveloppée dans un pansement. On constate qu'elle présente une cicatrice récente, demi-circulaire, à concavité tournée à droite et dont les extrémités aboutissent l'une au niveau du bregma, l'autre au niveau de la fontanelle postérieure. La cicatrice étant complètement fermée, on supprime le pansement. — *Traitement* : douches, bains salés, sirop d'iodure de fer.

Etat actuel (5 *juin* 1891). — Au premier examen, ce qui frappe le plus dans l'aspect extérieur de l'enfant, c'est le contraste entre le petit volume de sa tête et sa taille élevée. La tête est à peu près du volume de celle d'un enfant de 7 ou 8 ans. Le crâne est proportionnellement beaucoup plus développé que la face. La physionomie exprime constamment un air grognon et inintelligent. L'enfant porte sans cesse la main à sa tête en poussant des gémissements et des plaintes inintelligibles; ou bien, avec ses mains, saisit les objets environnants, les vêtements des personnes qui l'entourent et on ne la fait lâcher qu'avec la plus grande difficulté. Elle *marche* les bras demi-fléchis et en avant, le tronc incliné, les jambes écartées lançant les membres inférieurs en avant et posant lourdement le pied à terre.

Elle semble par instants comprendre ce qu'on lui dit, mais il est difficile d'apprécier jusqu'où va son faible degré d'intelligence. Elle prononce quelques mots, dit : « Papa, maman, dormir, oui ou non ». Son vocabulaire n'est guère plus étendu, contrairement aux dires du père.

Crâne très petit, peu élevé. Bosse occipitale assez saillante. Régions pariétales peu proéminentes. Au niveau de la cicatrice cutanée dont il a été question plus haut, cicatrice qui est déprimée en gouttière, on sent une *dépression analogue de la voûte osseuse* formant un sillon assez marqué ; la lèvre interne de ce sillon proéminant plus que la lèvre externe. Les *sutures* et les *fontanelles* sont fermées et ne sont plus perceptibles. — *Cuir chevelu* épais présentant une desquamation épithéliale abondante et en plusieurs points des plaques ressemblant à des plaques de *pelade*. On remarque surtout ces plaques sur la moitié droite du cuir chevelu. Dans la région où se trouve la cicatrice et dans le voisinage, les cheveux rasés commencent à reparaître. Les plaques dénudées ne

sont pas absolument glabres, elles sont parsemées de quelques cheveux très rares. Les cheveux, disposés par mèches, sont courts, rudes, d'une coloration châtain très foncé. Ils bouclent sur le front et sur la nuque.

Front très bas, étroit, fuyant. Pas de proéminence des bosses frontales Arcades orbitaires assez saillantes. Sourcils bien formés, mais minces, fournis de poils foncés et courts. — *Yeux* petits, très écartés. Fentes palpébrales assez grandes. Paupières supérieures bien mobiles et également tombantes. Cils courts et assez rares, gris et arqués. Musculature de l'œil saine, pas de paralysie, pas de strabisme, pas de nystagmus. Conjonctive et cornée saines. Sensibilité normale. Iris large, brun, verdâtre, pupilles égales, réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation.

Nez droit, assez court, épais. Légère asymétrie au profit du côté gauche. Narines écartées, sous-cloisons un peu saillantes ; cloison non déviée. L'odorat paraît présenter un certain développement. — *Bouche* très largement fendue, transversale, symétrique, habituellement entr'ouverte. Lèvre supérieure à bord libre épais. Lèvre inférieure épaisse et pendante. Bave continuelle et abondante. — Arcades dentaires très larges, dents grandes, assez régulièrement implantées. Voûte palatine offrant une prédominance notable du diamètre antéro-postérieur. Voile et piliers symétriques et bien mobiles. Chevauchement des incisives verticales sur les incisives transversales. Langue longue, étalée.

Menton arrondi, assez large, sillon mento-labial assez marqué. Joues peu remplies, peu colorées. — *Oreilles* de dimensions moyennes, peu écartées ; tragus très large et peu saillant ; antitragus peu marqué. Hélix et anthélix seulement ébauchés. Orifice du conduit auditif extrêmement large ; pas d'otorrhée. Lobules complètement adhérents. *Ouïe* paraissant normale.

Mensurations : Tête.

Circonférence horizontale maxima	45 c/m
Demi-circonférence bi-auriculaire	28 —
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	28,5 —
Diamètre antéro-postérieur maximum	15 —
— bi-auriculaire	10 —
— bi-pariétal	12,5 —
Hauteur médiane du front	4 —

Cou long et mince ; circonf. à sa partie moyenne : 27 c/m ; pas de cicatrices, pas d'adénites cervicales. — *Corps thyroïde* très peu volumineux. Pas de lésions du rachis cervical. — *Tho-*

rax assez développé, de conformation normale. — Pannicule adipeux assez épais, muscles peu saillants, peau rude au toucher, duvet assez abondant entre les omoplates, — Quelques poils châtain-foncé assez longs sous les aisselles. — *Glandes mammaires* assez développées. — Auréoles de la largeur d'une pièce d'un fr., assez pigmentées. Mamelon bien conformé et saillant. — Creux sus et sous-claviculaires peu marqués ; courbure des côtes normale. Pas de chapelet chondro-costal, ni de déformation du sternum. Rachis régulier. — Rien à l'auscultation des sommets des poumons, murmure vésiculaire normal. — Pointe du *cœur* battant dans le 4e espace, sur la ligne mamelonnaire.

Abdomen peu proéminent. Ombilic déprimé. Matité hépatique étendue, à limite inférieure correspondant au rebord costal. Matité splénique non perceptible. — *Bassin* étroit, non dévié.

Organes génitaux et puberté. — Pénil saillant, recouvert de poils rares, assez longs sur la partie médiane et inférieure. — Quelques poils formant une trainée sur le bord externe des grandes lèvres et au pourtour de l'anus. Grandes lèvres plus saillantes. Petites lèvres très grandes. Capuchon peu marqué, clitoris assez volumineux ; orifice de l'hymen assez grand, non déchiqueté. — Les seins ont 7 centimètres et demi de diamètre.

Membres supérieurs grêles, peau saine, sans cicatrice, quelques poils sur la face dorsale des avant-bras. Ossature et articulations saines. Mains grandes, maigres, doigts effilés, ongles longs, un peu bombés. — *Membres inférieurs* également peu développés ; leur peau présente quelques boutons d'acné. Poils sur la face antérieure et antéro-externe de la jambe. Réflexes rotuliens normaux. Pieds grands, incurvés ; courbure de la voûte plantaire, normale. Pas de lésions des os, ni des articulations. Orteils ne chevauchant pas. Ongles très grands, bombés transversalement.

Sensibilité : elle paraît assez obtuse sur les différents points de la surface cutanée mais il n'y a nulle part d'anesthésie proprement dite.

29 *juillet.* — La température s'est élevée jusqu'au-dessus de 38°. L'enfant ne tousse pas, n'a pas la diarrhée. Pas d'otite ; pas de conjonctivite. L'haleine est extrêmement fétide. L'examen de la bouche ne montre rien si ce n'est une tuméfaction

rouge des gencives et quelques mucosités dans l'arrière-gorge.

30 *juillet.* — La température est revenue à l'état normal. La fétidité de l'haleine persiste. Les gencives saignent assez abondamment. Sur la joue du côté droit, empiétant sur la gencive et le voile, existe une tuméfaction assez volumineuse.

2 *août.* — La température est toujours normale. Les gencives saignent moins. L'haleine est moins fétide. L'examen de la bouche, plus facile, permet de constater la disparition de la tuméfaction déjà signalée.

4 *août.* — Amélioration marquée. L'enfant peut manger sans difficulté.

8 *octobre.* — Depuis 2 ou 3 jours, *diarrhée* assez abondante et fétide. Les selles sont involontaires. Le ventre, un peu tendu, n'est pas douloureux à la pression. Langue sale, pas de fièvre. Huile de ricin : 20 gr. — *Soir* : T.R. 38°,4.

12 *octobre.* — L'enfant a toujours de la diarrhée. Depuis hier la température s'est élevée. (39°,4.) Potion avec bismuth et laudanum.

14 *octobre.* — L'enfant demande constamment à boire, ne se plaint d'aucune souffrance. La diarrhée continue. Le ventre est très tendu, la peau est lisse, sillonnée de quelques veines dilatées. La matité hépatique est en partie masquée par le tympanisme abdominal. On ne sent pas de parties de consistance inégale. Ni le palper ni la percussion ne dénotent la présence de liquide dans la cavité péritonéale. Rien dans les urines.

25 *octobre.* — La température est au-dessus de 38°. Toux assez fréquente ; rien de précis dans la poitrine bien qu'il soit probable que les poumons sont envahis par la *tuberculose* de même que le péritoine.

25 *octobre.* — T.R. 37°, 2. — *Soir* : 39°, 3. Amaigrissement assez considérable. Pourtant l'enfant mange relativement beaucoup. Soif vive ; distension du ventre ; tympanisme considérable ; pas d'épanchement.

29 *octobre.* — La température présente des oscillations très grandes avec une différence de deux degrés matin et soir. La diarrhée persiste. La langue est blanche, recouverte de mucosités abondantes. Le ventre est ballonné, dur, *bosselé* et la palpation profonde. La malade tousse un peu. A l'auscultation, on trouve seulement quelques râles dans la partie moyenne du poumon droit. Amaigrissement considérable. Tout indique une tuberculisation de l'intestin et du péritoine.

2 *novembre.* — Le père dit que sa fille ne vomissait pas à la maison ; il ne croit pas qu'elle ait eu le carreau. Vers 15

mois elle aurait eu une maladie pendant laquelle elle aurait maigri au point de n'avoir plus « que la peau et les os. » Serait-ce le carreau ?

5 *novembre*. — Les accidents se sont aggravés progressivement et l'enfant a succombé aujourd'hui. T.R. aussitôt après la mort : 39°,4 ; 1/4 d'heure après : 38°,9 ; 1 heure après : 36°,4 — *Poids* après décès : 38 kilogr.

AUTOPSIE *faite le* 6 *novembre* 1891, 24 heures après décès. — *Aspect du corps*. — Pas de cicatrice, pas de déformation apparente sauf une légère déviation de la colonne vertébrale à droite dans la région lombaire ; la paroi abdominale est distendue, verdâtre.

Tête. — Après l'incision du *cuir chevelu*, on note une dépression très accentuée au niveau des fosses temporales. Le *crâne* est légèrement asymétrique ; le côté gauche est plus développé au niveau de la région occipitale que le côté droit ; la protubérance occipitale semble reportée à droite de la ligne médiane, l'épaisseur des parois crâniennes varie de 2 à 4 millimètres ; aucune trace des fontanelles. *Au niveau du pariétal gauche* se trouve une *perte de substance* à direction antéro-postérieure, parallèle à la suture inter-pariétale et à 22 millimètres de celle-ci ; sa longueur est de 65 millimètres, sa largeur moyenne de 12 millimètres ; ses bords émoussés offrent un aspect polycyclique montrant qu'elle résulte de l'application d'une série de couronnes de trépan *(Fig. 30)* ; elle empiète un peu en avant, sur la suture fronto-pariétale. — La *dure-mère* n'adhère pas avec le crâne même au niveau de la perte de substance. La *base du crâne* n'offre aucune altération. Sur la dure-mère, au niveau de la perte de substance se trouve une sorte de fausse membrane rosée, faisant une saillie d'un millimètre, de consistance ferme, ayant comme dimension celui de la perte de substance déjà décrite.

Encéphale	770
Hémisphère cérébral droit	350
— gauche	355
Cerveau	705
Hémisphère cérébelleux droit	25
— gauche	26
Bulbe et protubérance	15
Cervelet et isthme	66

Hémisphère cérébral droit. On ne constate la présence



Fig. 30.

d'aucun tubercule sur la *pie-mère.* Celle-ci n'est pas modifiée

et présente son épaisseur normale. Elle est le siège d'adhérences assez marquées avec les circonvolutions de la face externe qui sont difficiles à décortiquer; en certains points on enlève de petits fragments de pulpe cérébrale. Tout l'hémisphère présente comme particularité générale son peu de développement. La disposition des *circonvolutions* dans leur ensemble est normale. On ne constate nulle part la présence de foyers de sclérose. Le lobe frontal est bien conformé ainsi que le lobule de l'insula.

Hémisphère cérébral gauche. — Sur cet hémisphère comme sur le droit on remarque une congestion assez intense. Les veines sylviennes sont dilatées et gorgées de sang; il n'y a pas de pus au niveau des espaces sous-arachnoïdiens, ni aucune trace de tubercules. La configuration extérieure de cet hémisphère paraît assez régulière.

Le *cervelet* est normal ainsi que la *moelle épinière* (30 gr.). Le liquide céphalo-rachidien est en quantité ordinaire.

Cou. — *Larynx* normal. — *Corps thyroïde* (15 gr.). Le lobe droit est d'un volume double du lobe gauche.

Thorax. — A l'ouverture du thorax qui est étroit, décharné, on constate une adhérence très grande des plèvres, assez facilement rompue du côté gauche, plus complète du côté droit et allant jusqu'à la symphyse des plèvres. Directement derrière le sternum, à la place du *thymus qui a disparu*, on trouve un gros ganglion de la dimension d'une grosse noix pesant 5 grammes et qui, à l'incision, laisse échapper une *matière tuberculeuse* déjà ramollie sous forme de bouillie verdâtre. — *Poumon gauche* (385 gr.). Il crépite mal dans presque toute son étendue; à la palpation on sent des nodosités et à la coupe on le trouve farci de *granulations tuberculeuses* de la grosseur d'une lentille mais pas encore en voie de ramollissement. — *Poumon droit.* (420 gr.). Il ne crépite un peu qu'au niveau de sa languette antérieure. Le sommet est complètement induré. A la coupe, on constate que tout le sommet dn poumon est infiltré de *granulations tuberculeuses* peu nombreuses.

Abdomen. — *Péritoine* très épaissi, recouvert de *granulations tuberculeuses.* — *Anses* intestinales agglutinées par des fausses membranes.

(1) Son observation a paru dans notre *Compte rendu* de 1890, p. 41.

OBS. II. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE D'UNE TUMEUR SARCOMATEUSE DU CERVELET *(Hydrocéphalie)* (1).

SOMMAIRE. — *Tumeur cérébrale, hydrocéphalie symptomatique. — Grand-père paternel, alcoolique. — Mère, convulsions à 2 ans. — Premiers symptômes à 10 ans. — Céphalalgie, vomissements, gâtisme. — Paraplégie spasmodique. Atrophie double du nerf optique. — Mort par fracture du crâne.*

AUTOPSIE. — *Sarcôme à petites cellules siégeant dans la cavité du 4e ventricule et sur la partie latérale du bulbe et du cervelet. — Hydrocéphalie : dilatation des ventricules cérébraux.*

Ber... (Charles), 12 ans.

Crâne. — La *calotte crânienne* présente une épaisseur très faible. Elle est transparente dans presque toute son étendue : les deux côtés sont symétriques. Au niveau de la *fontanelle antérieure*, il existe encore une surface de quelques millimètres carrés non ossifiée. Les sutures sagittale, lambdoïde et fronto-pariétales ne sont pas soudées et les différents os qu'elles séparent présentent une mobilité relative. Le frontal est soudé.

Lors du premier examen de la tête on avait noté que les fontanelles et les sutures semblaient fermées ; c'est donc durant le séjour du malade à Bicêtre que s'est opéré cet écartement des os, qui vient fournir, croyons-nous, un argument sérieux contre la *crâniectomie* (*Fig.* 31). C'est parce que les os du crâne ont pu s'écarter aussi largement que les phénomènes de compression n'ont pas été plus graves, ont offert une grande lenteur et même des rémissions dans leur marche. La vie aurait donc pu se prolonger encore s'il n'était survenu un traumatisme qui a eu promptement une issue fatale. Tous les os étaient translucides, notablement amincis, car ils n'avaient qu'un à deux ou 3 millimètres d'épaisseur.

OBS. III. — IDIOTIE MYXŒDÉMATEUSE.

SOMMAIRE. — *Père, mort tuberculeux. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle, morte d'un can-*

cer de l'utérus. — Oncle paternel, excès de boisson. — Tante paternelle, migraineuse. — Deux cousins issus de germains,



Fig. 31.

idiots. — Mère, sujette à des douleurs névralgiques, très nerveuse. Grand-père maternel, excès de boisson. Grand'

perforent la table interne des os sur les bords de ces sutures



Fig. 32.

et au point où siège la suture métopique qui n'a laissé aucune

trace. Les sillons des vaisseaux méningés moyens sont distinctement marqués sur les pariétaux.



Fig. 33.

La calotte présente des *plaques transparentes* sur les pariétaux en arrière de la suture coronale, près de la ligne

médiane. Ces plaques sont au nombre de deux à l'angle fronto-sagittal droit, tandis qu'on n'en observe qu'une dans la région symétrique à gauche. Elles ont environ 2 centimètres de diamètre. On constate aussi des zones transparentes, mais diffuses, à la région postérieure des pariétaux, surtout au niveau du lambda (*Fig.* 33).

OBS. V. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE SCLÉROSE ATROPHIQUE.

SOMMAIRE. — *Pas d'antécédents héréditaires, chute et syncope durant la grossesse. — Asphyxie à la naissance. — Convulsions au deuxième jour, revenues à diverses reprises jusqu'à un an. — Hémiparésie à droite. — Contracture. — Broncho-pneumonie, mort.*

Louv... (Paul Maurice), né le 7 juin 1882.

Crâne. — Les os sont extrêmement minces (deux à quatre millimètres), transparents, environ dans les 2/3 de leur étendue. La suture métopique est fermée, toutes les autres ne le sont pas, ni à la face interne, ni à la face externe. Pas d'os wormiens. (Voir l'obs. complète p. 216.)

OBS. VI. — IDIOTIE MÉNINGITIQUE.

SOMMAIRE. — *Pas d'antécédents. — Idiotie, cachexie, cécité. — Leucome total adhérent des deux côtés. — Parole et marche nulles. — Entérite à deux reprises. — Méningite avec cris et grincements de dents. — Mort.*

AUTOPSIE. — *Calotte extrêmement mince et molle. — Adhérences de la dure-mère au niveau des sutures. — Pas de traces d'ossification des sutures. — Plaques très abondantes et étendues de ménigite purulente. — Méningite de la convexité et de la base. — Circonvolutions cérébrales et scissures assez irrégulières. — Rien de particulier dans les viscères.*

Marti... (Marcel), 2 ans, né à Paris, est envoyé des Enfants-Assistés à Bicêtre, le 6 mai 1892. (Voir son observation complète à la page 201.)

Calotte violacée, extrêmement molle et mince ; la plus légère traction suffirait pour la briser. Dans les efforts faits pour enlever la calotte, le *frontal s'est désuni* d'avec le pariétal gauche, de sorte qu'il ne reste plus à l'état intact que la partie droite de la suture coronale. Cette suture coronale est très

injectée. A la palpation, on sent dans son interstice, une sorte de bourrelet rouge, vasculaire, formé par la membrane inter-

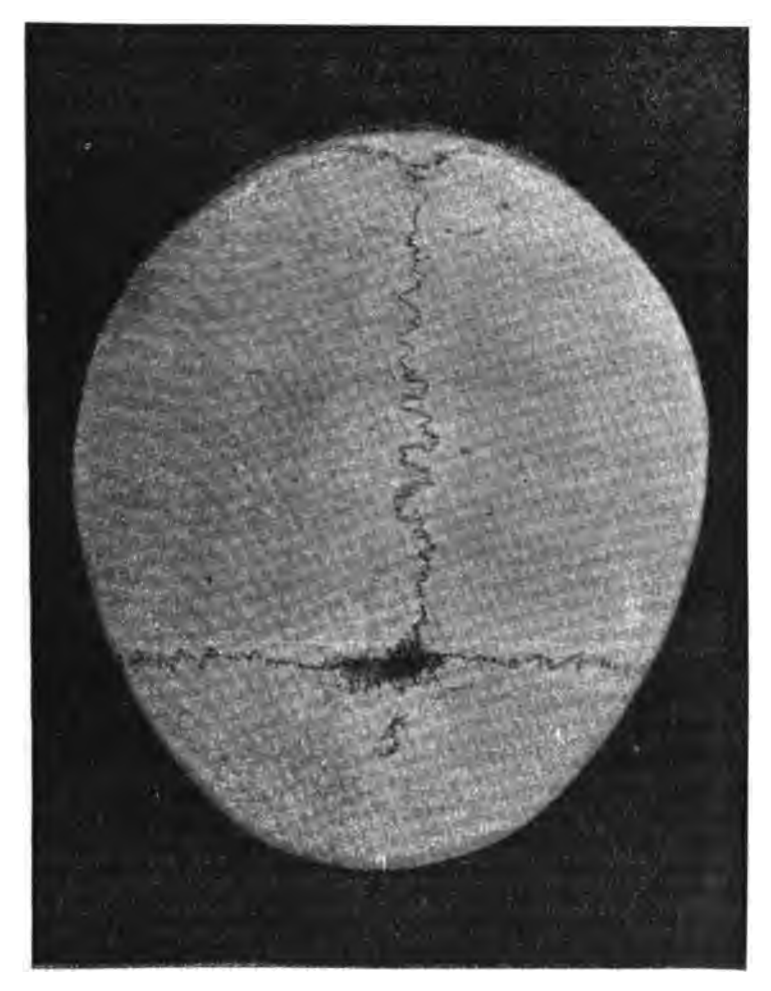


Fig. 34.

suturale. En aucun point cette suture n'est le siège d'un travail synostosique, pas plus sur la table interne que sur la table

externe. La suture sagittale est fortement dentelée, sinueuse. La région de l'obélion est elle-même irrégulière. En aucun point on ne trouve de travail d'ossification. La suture lambdoïde a le même aspect que les précédentes. On remarque sur sa branche droite la présence d'un os wormien d'un centimètre et demi de long sur un demi centimètre de large. Le sillon creusé par l'artère méningée moyenne est profond et bien dessiné sur les deux pariétaux. Le crâne est asymétrique et la région latérale gauche est aplatie. La bosse frontale de ce côté est peu apparente. La *fontanelle antérieure* persiste (*Fig.* 34).

OBS. VII. — IDIOTIE COMPLÈTE SYMPTOMATIQUE DE DOUBLE PORENCÉPHALIE VRAIE.

SOMMAIRE. — *Père et grand père paternel quelques excès de boisson. — Mère, convulsions de l'enfance, nerveuse. — Grand-oncle paternel, mort de tuberculose. — Sœur, accidents nerveux. — Émotion vive au 5e mois de la grossesse. — Premières convulsions à 3 mois; — crises fréquentes jusqu'à un an. — Rougeole et influenza à 5 ans. — Sueurs abondantes de la tête suivies d'un peu d'amélioration. — Marche et parole nulles. — Strabisme externe; cécité complète. — Contractures des 4 membres. — Mastication nulle; bave, accès de cris. — Tics de la face et balancement. — Gâtisme. — Épilepsie, congestion pulmonaire; mort.*
AUTOPSIE. — *Porus vrai des deux hémisphères cérébraux. — Méningo-encéphalite chronique. — Atrophie de la protubérance. — Lésions pulmonaires.*

Roc... (Georges E.), né à la Noue (Marne), le 16 juin 1886, est entré à Bicêtre le 4 mai 1892. (Voir l'obs. complète p. 89).

Crâne. — La *voûte crânienne* est assez élevée. mince, les os sont peu épais. Il y a de nombreuses plaques transparentes occupant la moitié de la calotte à gauche et les 2/3 à droite. — La *suture sagittale* entièrement libre est modérément sinueuse. Les dentelures sont apparentes aussi bien sur la table interne que sur la table externe. — La *suture coronale* est très régulière, sans interposition d'os wormiens. Aucune trace de synostose n'est appréciable sur l'une ou l'autre face. — La *suture coronale* est libre dans toute son étendue sans trace de synostose : les fontanelles et la suture métopique sont fermées. (Voir l'obs. complète p. 89 et PLANCHES VIII, IX, X, XI (*Fig.* 35).

OBS. VIII. — IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE. — HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE. — SCLÉROSE ATROPHIQUE. — TUBERCULOSE ABDOMINALE.

SOMMAIRE. — *Père, alcoolique, emporté. — Grand-père paternel, mort d'une attaque de paralysie. — Grand-oncle paternel tuberculeux. — Cousin germain, aveugle-né. — Mère, céphalalgies, intelligence bornée. — Grand-père maternel, et arrière-grand'mère maternelle, morts d'une pleurésie. — Oncle maternel, ivrogne. — Frère asphyxié à la naissance. — Accident au 2me mois de la grossesse. — Frayeur légère au 6me mois. — Accouchement laborieux. — Asphyxie et déformation crânienne à la naissance. — Convulsions dès le premier jour. — Secondes convulsions à 4 mois. — Début de la parole à 18 mois. — Premières dents à 6 mois. — Ne marche pas. — Gâtisme complet. — Paraplégie inférieure et Hémiplégie gauche avec contracture. — Microcéphalie. — Tuberculose intestinale. — Mort.*
AUTOPSIE. — *Sclérose atrophique des circonvolutions cérébrales. — Ulcérations tuberculeuses de l'intestin. — Adénopathie mésentérique tuberculeuse.*

Sal... (Paul), 4 ans. (Voir l'obs. complète p. 23).

Crâne. — La *calotte crânienne* est un peu épaisse (3 à 4 mm.) mais peu dure, les sutures sont partout transparentes; les dentelures sont peu prononcées. La suture *interfrontale* seule, est tout à fait ossifiée. Les *sutures pariéto-occipitales* ont des dentelures un peu plus sinueuses et l'occipital est si peu soudé aux pariétaux, qu'il en est au contraire presque détaché. Il y a une plaque transparente de chaque côté de la suture métopique et au niveau de l'angle antérieur et supérieur des pariétaux; la droite (25 mm.) est moitié plus grande que la gauche. La voûte paraît symétrique (Voir PL. III, IV, V et VI.)

OBS. IX. — IDIOTIE MÉNINGITIQUE ; CRANIECTOMIE SANS RÉSULTAT APPRÉCIABLE : MODE CURIEUX DE RÉOSSIFICATION DE LA BRÈCHE OSSEUSE.

Sti.. (Emile F.), 6 ans. (Voir l'observation complète p. 116).

SOMMAIRE. — *Pére, excès de boisson. — Grand-père paternel,*

alcoolique et nerveux. — Oncle paternel, mort de méningite

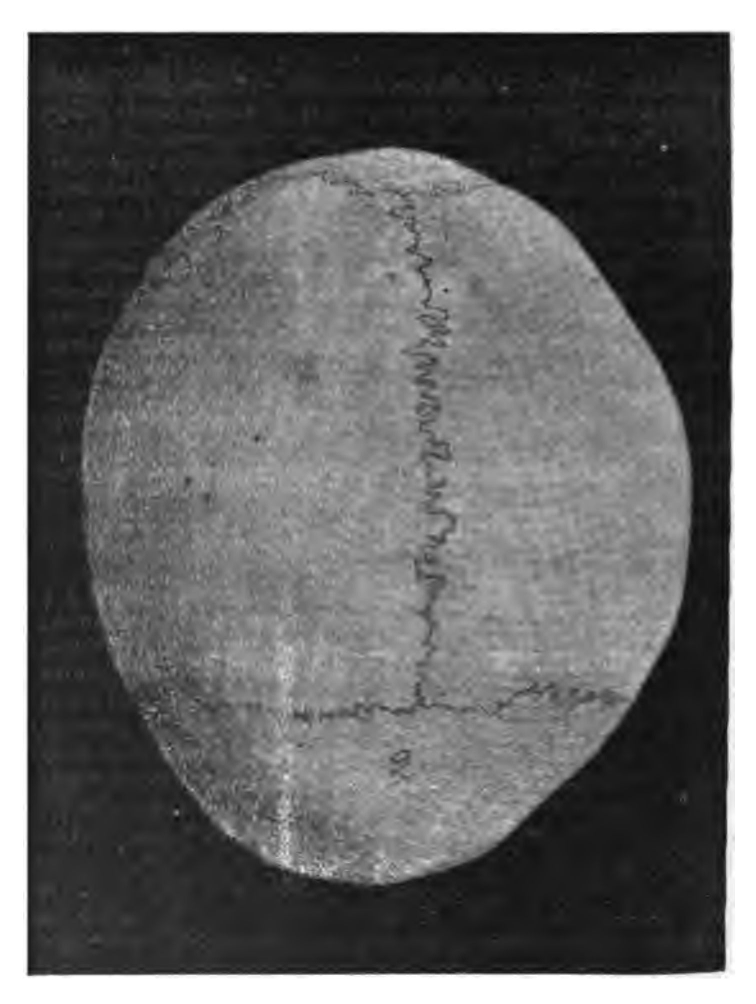


Fig. 35.

traumatique (?). — Tante paternelle, morte pthisique. —

Mère, vive et coléreuse. — Cousin idiot, ne parlant pas. — Un frère, mort de convulsions. — Un autre frère, mort du carreau à 3 ans. — Une sœur morte de bronchite. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de trois ans.

Conception, grossesse, accouchement : rien de particulier. — Première dent à 10 mois. Dentition complète à 2 ans. — Convulsions dites internes à 3 semaines, se reproduisant quotidiennement jusqu'à la fin du troisième mois; occlusion des paupières; immobilité. Strabisme constaté à 13 mois. — Crâniectomie à l'hôpital Trousseau en juin 1890. Coqueluche à 2 ans et demi. — Rougeole à 3 ans et demi. Teigne tonsurante. — Broncho-pneumonie, mort.

AUTOPSIE. — *Description des os du crâne. — Mode de réparation de la brèche osseuse produite par la crâniectomie. Minceur et transparence des os. — Absence de synostose. Adhérences de la dure-mère au niveau des cicatrices osseuses. — Méningo-encéphalite prédominant notablement sur l'hémisphère gauche. — Persistance du trou de Botal. — Lésions pulmonaires.*

Crâne. — La calotte paraît légèrement asymétrique, mais cette asymétrie est plus apparente que réelle, cette apparence est le fait de l'incision osseuse faite à gauche. Une mensuration exacte, démontre que les deux côtés du crâne sont presque parfaitement égaux. La forme générale de la calotte est régulièrement ovoïde, à grosse extrémité occipitale. Les bosses pariétales sont très saillantes. Nous insisterons plus particulièrement sur la *grande minceur des os* qui offrent une épaisseur variant de 1 à 2 millimètres $^1/_2$. L'occipital est particulièrement mince et présente latéralement des régions transparentes. Des *plaques translucides* existent encore sur les pariétaux et sont surtout nombreuses à la région postérieure et inférieure. Les traces des vaisseaux méningés sont nombreuses et nettement accusées sur les pariétaux. Le *frontal*, un peu plus épais que les pariétaux, présente à sa région moyenne une bande transparente. Les *sutures* finement dentelées n'offrent nulle part *aucune trace de synostose*. La *suture fronto-pariétale* très dentelée dans ses $^2/_3$ inférieurs à droite et à gauche, devient presque rectiligne, surtout à droite, à 3 centimètres environ de la glabelle. Un petit os wormien existe de chaque côté dans cette partie rectiligne. A la face interne, cette scissure est sinueuse, mais n'offre pas de dentelures accentuées. Il n'y a pas de trace de la *suture métopique*. La *suture sagittale*, finement dentelée dans ses deux centimètres

antérieurs, offre sur un centimètre $^1/_2$ quatre dentelures aiguës

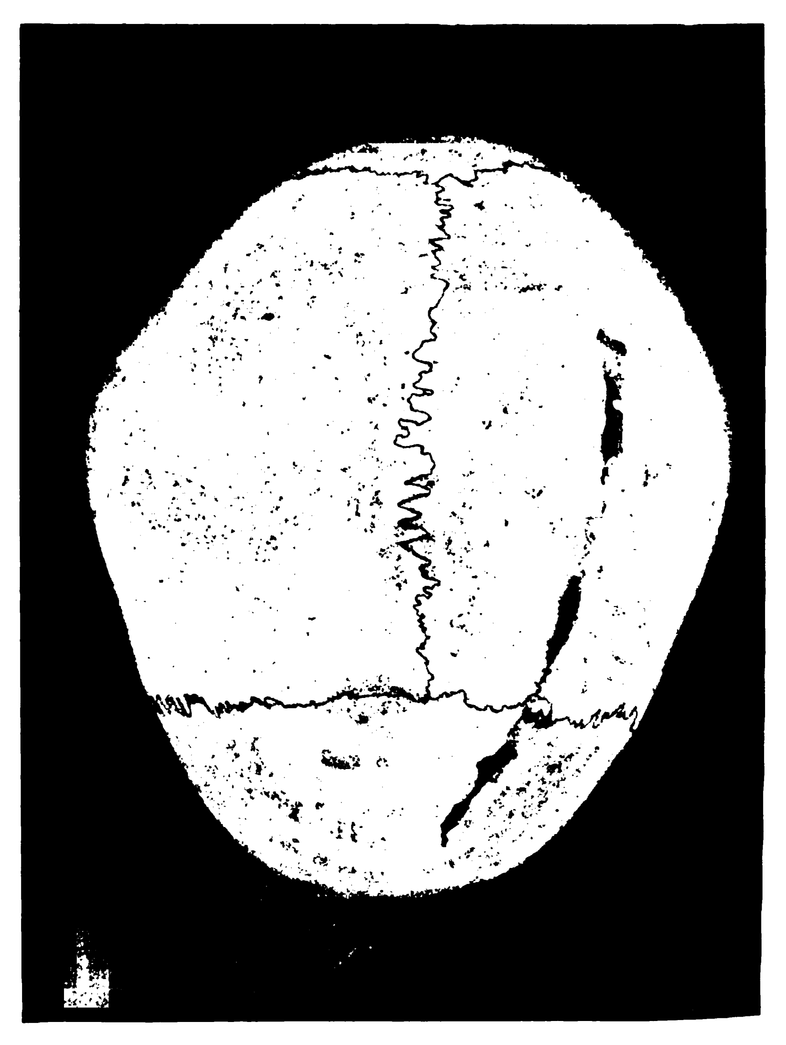


Fig. 36.

et profondes de 5 millimètres environ, puis, changeant de carac-

tère, elle se continue en dentelures arrondies et irrégulières jusqu'au niveau du lambda. La *suture lambdoïde* est très contournée, ses dentelures sont fines et irrégulières. A droite, à 4 centimètres $^1/_2$ du lambda, les dentelures s'exagèrent et forment 2 *petits os wormiens* très irréguliers ayant un centimètre environ dans leur grande dimension, qui est perpendiculaire à la suture. A la face interne ces sutures sont moins contournées, les os wormiens, signalés plus haut, apparaissent nettement, mais moins longs, plus larges, et à bords moins déchiquetés. La *brèche osseuse* dûe à la *crâniectomie (Fig.* 36*)*, située à gauche, est antéro-postérieure et s'étend sur le frontal et le pariétal. Elle forme avec la suture sagittale un angle aigu, à sinus postérieur de 25° environ. Cette brêche est en voie de réparation et les parties non ossifiées y sont recouvertes d'une membrane dépendant du périoste, s'étendant d'un bord à l'autre et transformée sur les bords en minces lamelles osseuses. Une partie ayant 32 millimètres de longueur reste non ossifiée à la région frontale. Une autre partie, longue de 20 millimètres, complètement réparée, lui succède. Cette région croise la suture fronto-pariétale. *Son mode de réparation est des plus intéressants.* En effet la soudure osseuse s'est effectuée sous la forme de *suture à fines dentelures, analogues à celles de la suture qu'elle croise.* Une région de 16 millimètres, non réparée, lui fait suite et a des bords assez réguliers ; cette région a 3 millimètres à sa partie la plus large ; 18 millimètres à peu près soudés complètement viennent ensuite ; ici la soudure, bien qu'un peu irrégulière, n'offre pas de dentelures comme précédemment, mais elle n'est pas aussi complètement effectuée. Enfin durant 30 millimètres la brèche reste sans ossification. Elle offre là une largeur moyenne de 4 millimètres, présente sur ses bords de petits prolongements osseux minces et se termine par un cul-de-sac arrondi, à demi comblé par une jetée osseuse interne. A l'état frais cette partie non-ossifiée était recouverte d'une *membrane ostéogène*, les prolongements osseux lamellaires des bords de la brèche en sont une preuve.

OBS. X. — IDIOTIE MÉNINGITIQUE.

SOMMAIRE. — *Père et grand-père paternel, excès de boisson. Tante paternelle, suicidée. — Mère, convulsions de l'enfance, suivies de strabisme; alcoolisme ; aliénation.* —

Grand-père maternel, méchant et violent, alcoolique —



Fig. 37

Sœur, gourmande et voleuse. — Pas de consanguinité. —

Inégalité d'âge de 6 ans. — Crises éclamptiques durant la grossesse. — Lymphatisme — Idiotie complète : parole et marche nulles; gâtisme; aucune connaissance des personnes. — Rougeole à la période d'incubation, au moment de l'admisssion; marche de la température. — Otite précédée d'une ascension thermométrique; — broncho-pneumonie : mort : élévation considérable de la température après le décès.

AUTOPSIE. — *Etat des sutures; lésions de méningo-encéphalite chronique; persistance du thymus.*

Touch.., (Jean-Étienne), 3 ans. (Voir l'obs. complète p. 3.)

Crâne. — La *calotte* présente l'épaisseur normale de celle d'un enfant de cet âge. Bosses asymétriques. Bosse pariétale droite un peu saillante : plagiocéphalie. Fontanelles oblitérées; zone transparente à 15 millimètres environ de la suture fronto-pariétale sur la ligne médiane. La zone droite a 15 millimètres de largeur sur 20 millimètres de longueur et s'étend jusqu'à la suture sagittale, où elle se fusionne avec la zone gauche, qui a 15 millimètres de longueur sur 10 millimètres de large. Un léger épaississement linéaire sépare ces deux zones. Une petite surface transparente de 10 millimètres sur 3 millimètres existe encore au niveau de la partie interne de la bosse pariétale droite à un centimètre environ de la suture sagittale.

Sutures. — Il n'y a pas de trace de la suture métopique. La suture fronto-pariétale, un peu sinueuse à sa partie médiane, a la forme d'un *S* italique très allongé ; elle devient un peu sinueuse à ses parties latérales. La suture sagittale, d'abord rectiligne et légèrement sinueuse, présente à sa partie médiane des dentelures plus grandes pendant 3 centimètres environ pour redevenir presque rectiligne à son tiers inférieur. La suture lambdoïde est dentelée à gauche et régulière ; à droite, elle est plus irrégulière, et ses sinuosités sont plus petites. Ni sur la face interne, ni sur la face externe, on ne trouve la plus légère trace de synostose. Les os du crâne sont assez durs et ont une épaisseur variant de 3 à 6 millimètres *(Fig. 37).*

OBS. XI. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE PORENCÉPHALIE.

SOMMAIRE. — *Enfant naturel. — Renseignements insuffisants*

du côté paternel. — Tante paternelle, aliénée. — Mère rien de particulier. — Grand père maternel, quelques excès de boisson. — Parole nulle. — Marche à 2 ans 1/2 et incomplète. Pas de convulsions. Affaiblissement paralytique du côté gauche. — Accès de colère. Phlegmon de la région mastoïdienne. — Carie du rocher. — Méningite. — Mort.

AUTOPSIE. — *Porencéphalie droite. — Tuberculose des poumons et du péritoine.*

Viv... ,Louis Albert, 7 ans et demi.

Crâne. — Les os sont minces et très durs. La *suture interfrontale* est complétement soudée sans traces de dentelures. La bosse frontale est transparente dans ses parties latérales. Les autres sutures montrent des *dentelures* très nettes et sont complètes. Le *pariétal droit* est translucide. — Les bosses pariétales sont très prononcées, surtout la gauche (1).

OBS. XII. — IDIOTIE MÉNINGITIQUE.

SOMMAIRE. — *Grand'mère paternelle, morte épileptique (en état de mal problablement). — Mère, émotive, mais sans crises nerveuses. — Une tante paternelle de la mère, épileptique. — Une sœur de la mère nerveuse, de caractère bizarre. — Un frère de la mère mort de congestion cérébrale. — Un autre frére de la mère a eu un fils paralysé et qui paraît être hydrocéphale. — Un autre frère de la mère enfermé à Bicêtre pour un accès de délire. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 16 ans. — Accouchement par la face; travail ayant duré 5 heures. — Allaitement au lait de vache. — Première dent à 2 ans passés. — Accidents scrofuleux. — Symptômes méningitiques en 1891. — Étourdissements quelque temps avant son entrée à Bicêtre. — Grincements de dents. — Accès de colère. — Tics. — Parole à peu près nulle. — Broncho-pneumonie. — Mort.*

AUTOPSIE. — *Pas de traces de synostose. — Léger degré de persistance de la fontanelle antérieure. — Adhérences de la pie-mère avec la dure-mère d'une part et avec la substance cérébraled'autre part. — Broncho-pneumonie en foyers disséminés. — Hypertrophie des ganglions péritrachéo-bronchiques.*

---

(1) L'observation complète de ce malade a été insérée dans notre *Compte rendu* du service des enfants de Bicêtre, pour l'année 1891, p. 96.

excès de boisson, mort d'une attaque de paralysie.— Grand-oncle maternel, excès de boisson.

Accouchement par la face. — Travail ayant duré 3 heures. — Allaitement au lait de vache. Première dent à 2 ans passés. — Accidents scrofuleux. — Symptômes méningitiques en 1891. — Étourdissements quelque temps avant son entrée à Bicêtre. — Grincements de dents. — Accès de colère. — Tics. Parole à peu près nulle. — Broncho-pneumonie.

AUTOPSIE. — *Pas de traces de synostose. — Léger degré de persistance de la fontanelle antérieure. — Adhérences de la pie-mère à la dure-mère d'une part et avec la substance cérébrale d'autre part. — Broncho-pneumonie en foyers disséminés dans les deux poumons.*

Watebl... (Éd. Gustave), 3 ans 1/2.

Crâne. — Les 5 os du crâne sont minces et violacés par places; la suture coronale est très sinueuse et ne porte aucune trace d'ossification tant sur la table interne que sur l'externe. La sagittale est régulière et n'est nulle part ossifiée. La lambdoïde, libre dans toute son étendue, porte dans sa branche droite un petit os wormien. La fontanelle antérieure est représentée par un léger espace triangulaire d'un centimètre sur deux de large : elle est tapissée par une mince membrane. L'artère méningée moyenne se creuse le long du bord antérieur des deux pariétaux un sillon profond dont le fond est figuré par une mince lamelle osseuse.

Nous avons résumé dans le tableau ci-après les points principaux de nos 12 observations.

Noms.	Age.	Sexe.	Diagnostic.	État du crane.
Berl	17	G	Idiotie symptomatique de tumeurs cérébrales.	Os minces, transparents. Ecartement considérable des sutures.
Blais	17 1/2	F	Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite, craniectomie par M. le Dr Petel (de Rouen); microcéphalie.	Os minces, durs, persistance des sutures, plaques transparentes.
Bourg	5	G	Idiotie myxœdémateuse.	Os très minces; plaques transparentes; persistance de la fontanelle antérieure et des sutures.
Dufou	3	G	Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite.	Os mous, peu épais, plaques transparentes, sutures persistantes, les os sont près de se séparer.
Louv	4	G	Idiotie symptomatipte de sclérose atrophique.	Os minces, nombreuses plaques transparentes; sutures persistantes.
Martin..........	1 1/2	G	Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite.	Os très minces, en grande partie transparents; persistance de la fontanelle, antérieure et des sutures.
Roch	6	G	Idiotie symptomatique de Porencéphalie vraie double.	Os très minces, presque partout transparents. Persistance des sutures.
Sal	4	G	Idiotie microcéphalique.	Os assez minces, plaques transparentes ainsi qu'une partie des sutures qui, toutes, persistent; l'occipital tient à peine aux pariétaux.
Stif..........	6	G	Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite. Craniectomie par M. Lannelongue.	Os très minces, très nombreuses plaques transparentes; persistance des sutures qui sont en grande partie transparentes.
Touch	3	G	Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite.	Os peu épais, plaques transparentes, sutures persistantes, translucides par places.
Viv	6	G	Idiotie symptomatique de Porencéphalie.	Os peu épais, presque complètement transparents à droite, sutures persistantes.
Wateb	3 1/2	G	Idiotie symptomatique de méningo-encephalite.	Os très minces, plaques transparentes, sutures persistantes; les os sont sur le point de se séparer.

Nous aurions pu multiplier les faits ; ceux qui précèdent concernant une partie des malades morts depuis un an dans notre service, nous ont paru suffisants. Ce n'est pas que nous soyions absolument opposé à la crâniectomie, ou à la trépanation ; mais nous ne la croyons indiquée que dans les cas où les troubles intellectuels reconnaissent pour cause un abcès du cerveau, un traumatisme, ou encore une tumeur à siège bien déterminé.

Avant de terminer cette première partie de notre communication laissez-nous vous rappeler le mode de *réossification* de la brèche osseuse chez notre malade de l'Obs. IX : cette réossification s'est faite sous forme de *dentelures*, tout à fait semblables aux sutures naturelles ou primitives. Et, en second lieu, laissez-nous insister sur une lésion peu connue, la *distension des sutures*.

Sur le premier crâne que vous avez vu, les *sutures se sont écartées*, à un degré considérable, sous l'action d'une hydrocéphalie consécutive à des tumeurs du cervelet (1). Comment cette distension s'opère-t-elle ? Les crânes des malades des observations IV et XII, nous paraissent en fournir l'explication. Ces malades ont succombé à une poussée méningitique, entée sur une méningo-encéphalite chronique. Les os étaient congestionnés à un degré considérable ; les sutures participaient à cette congestion et la substance périostale intersuturale s'était gonflée au point de former, au niveau des sutures, de véritables cordons qui avaient écarté les dentelures des sutures correspondantes.

L'examen de ces *douze crânes* et des *cervaux* cor-

(1) Depuis notre communication au Congrès nous avons observé un second cas tout à fait semblable.

respondants ne laissera aucun doute, nous le pensons, dans votre esprit au sujet de l'inutilité de la crâniectomie. Ainsi que vous le voyez, le point de départ sur lequel les chirurgiens s'appuient pour pratiquer la crâniectomie, à savoir *l'ossification prématurée des os du crâne*, est une conception théorique, démentie par les pièces anatomiques.

On peut se demander aussi ce qu'une telle opération peut avoir d'influence pour remédier — notre but à nous, — à des lésions aussi diverses, aussi profondes que celles que vous avez pu constater sur les *photographies* : Idiotie symptomatique de tumeurs cérébrales, de méningo-encéphalite, de sclérose atrophique, de porencéphalie, ou due au myxœdème (absence de la glande thyroïde), ou encore à un arrêt de développement d'origine congénitale.

IV. L'enthousiasme qui semble avoir accueilli la *crâniectomie* tient en partie à ce que l'on ne possède, en général aucune notion exacte des maladies qui aboutissent à ce qu'on appelle communément l'*idiotie*. On ignore aussi que l'un de nos compatriotes, Séguin, devenu l'un des médecins les plus éminents des États-Unis, a institué une *méthode d'éducation*, qui permet d'obtenir des résultats incomparablement supérieurs à ceux de la crâniectomie. Cette méthode, complétée chaque jour par nous, en y ajoutant des procédés que nous suggère l'expérience, constitue ce que nous désignons sous le nom de *traitement médico-pédagogique* de l'idiotie. Nous allons vous citer quelques exemples qui vous montreront que le médecin n'est pas désarmé en face de ce genre de maladies.

Afin de constater les progrès survenus chez nos malades, nous les faisons *photographier* dès leur arrivée, puis tous les ans ou tous les deux ans suivant

l'amélioration qui s'est produite. Pour faciliter votre appréciation, nous avons fait réunir sur un seul carton toutes les *photographies* des mêmes malades : *photographies collectives*.

En second lieu, dès qu'un enfant parvient à tracer des bâtons, nous faisons ouvrir un *cahier scolaire*. Ensuite tous les trois mois, tous les deux mois, tous les mois, à mesure des progrès accomplis, les maîtres et les maîtresses font faire aux enfants, sur ces cahiers, les divers execrices dont ils sont devenus capables : écriture, chiffres, dessins, opérations d'arithmétique, dictées, etc.

Nous allons donc faire passer devant vous les *photographies collectives* et les *cahiers scolaires* de six enfants *idiots*, pris surtout parmi les plus malades et que nous avons pu améliorer d'une façon sérieuse.

OBSERVATION I. — IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE.

SOMMAIRE. — *Antécédents paternels négatifs. — Mère, nerveuse. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand' tante maternelle, migraineuse. — Sœur de mère, morte de convulsions. — Enfant naturel : arrêt de développement et tête très petite à la naissance (microcéphalie très prononcée et prognathisme supérieur). — Convulsions répétées à un an. — Fugues solitaires. Imitation des animaux. — Kleptomanie. — Accès de colère. — Grimaces de la face. — Défaut de prononciation. — Écholalie. — Amélioration très notable* (1).

Arn... (Gabriel), né le 20 mai 1876.

Les photographies, prises de 1885 à 1892, font voir les changements survenus au point de vue du développement physique et de la physionomie. Son cahier scolaire nous montre qu'il a commencé à faire des bâtons en 1886 et que, en juillet,

(1) Voir l'observation de ce malade dans le Compte-rendu du *Congrès international de médecine mentale* de 1889, p. 100 et le *Compte-rendu du service* de Bicêtre pour 1890, p. 153.

il écrivait assez régulièrement et faisait des chiffres. Ses connaissances usuelles se sont très étendues. Il répond à propos aux questions qu'on lui pose, mais la prononciation reste un peu défectueuse. Il n'a plus d'écholalie. Son caractère s'est amélioré ; il est moins jaloux. Il n'est plus voleur. Il sait distinguer les couleurs, les noms et l'usage des différentes parties de son corps.

OBS. II. — IMBÉCILLITÉ.

SOMMAIRE. — *Père, doreur sur métaux, très nerveux et emporté, suicidé. — Grand-père paternel, ivrogne. — Grand'mère maternelle, morte hémiplégique. — Arrière-grand-père paternel, mort paralysé. — Mère, migraineuse. — Grand-père maternel, mort phthisique. — Arrière-grand-père maternel, mort paralysé. — Grand-oncle maternel, mort paralysé. — Oncle maternel, mort phthisique. — Pas de consanguinité; mère plus âgée que le père de 14 mois. — Sœur, morte d'une méningite avec convulsions. Enfant normal jusqu'à 17 mois époque où ont débuté les convulsions. Répétition des convulsions toutes les nuits pendant 2 semaines : accès de colère, dur à élever. — A 3 ans, nouvelles convulsions, tous les soirs, pendant une semaine. — Aggravation des colères, turbulence, désobéissance, violences envers les autres enfants. — Clastomanie. — Grimpeur, gourmand, Énervement général. — Amélioration très notable. (Photographies en* 1885, 1887, 1889, *et* 1892).

Chan.., (Emile), né le 28 septembre 1879 (13 ans).

En 1885, l'enfant ne sait pas se servir du couteau ; il connait ses lettres, compte jusqu'à 20, fait des bâtons sur le cahier.

En 1892, lit couramment, écrit lisiblement, fait de petits problèmes sur les quatre opérations, connaît l'heure, les jours, les mois, fait de petites rédactions, écrit des lettres, exécute tous les exercices de la gymnastique Pichery, est apprenti tailleur et travaille de mieux en mieux. Il est devenu de moins en moins coléreux et grossier et de plus en plus soigneux et affectueux.

OBS. III. — IDIOTIE PROBABLEMENT SYMPTOMATIQUE DE SCLÉROSE CÉRÉBRALE.

SOMMAIRE. — *Père emporté, céphalalgies, excès alcooliques et vénériens. — Grand-père paternel, peu intelligent, ivrogne. — Grand' mère et tantes paternelles, débauchées. — Deux oncles et un cousin paternels, morts de convulsions. — Grand-oncle paternel, excès de boisson. — Grand-père maternel, excès de tous genres. — Trois frères ont eu des convulsions. — Conception probable durant l'ivresse. — Premières convulsions une heure après la naissance, revenant à diverses reprises jusqu'à deux ans et demi. — Parole nulle, gâtisme, etc.*

Charet... (Charles), né le 24 novembre 1883.

La première photographique prise en 1887 (3 ans 1/2) représente l'enfant en robe de gâteux ; la seconde l'enfant devenu propre, en pantalon (4 ans et demi) ; les deux autres témoignent des heureux changements survenus dans sa physionomie.

A l'entrée (8 février 1887) : — Parole nulle, ne se sert que de la cuiller, gourmand, turbulent, méchant, voleur, gâteux, ne sait ni se déshabiller, ni s'habiller, ni se laver.

Actuellement (août 1892) : — Il est devenu propre, il trace les lettres et des chiffres en gros ; il prononce un certain nombre de mots, s'habille, se déshabille seul, avec beaucoup d'adresse. Ses souliers sont toujours bien lacés et ses vêtements bien boutonnés. Il s'assure qu'il est bien habillé en se regardant dans le miroir. Il se lave le visage et les mains avec soin ; se sert habilement de la cuiller, de la fourchette et du couteau. Il place toutes les lettres en bois sur leur figuration imprimée, mais on n'est point parvenu jusqu'à présent à les lui faire nommer sauf l'U et l'A. Il connait tous les chiffres et les place sans se tromper. Quoique ne pouvant nommer les couleurs il place bien les cartons colorés sur le tableau des couleurs.

OBS. IV. — IDIOTIE CONGÉNITALE.

SOMMAIRE. — *Père, peintre en bâtiments ; tænia ; étourdissements : céphalées durant l'enfance. — Grand-père paternel, apoplectique. — Mère, sujette à des douleurs de tête ; pertes de connaissance de 7 à 27 ans. — Arrière-grand-père maternel, excès de boisson, suicidé par pendaison. —*

Grand'mère maternelle, morte d'une attaque d'apoplexie. — Arrière-grand'tante maternelle, aliénée. — Frère, idiot.

Corb... (Gaston), né le 4 mai 1878.

Les *photographies* prises en 1886 (6 ans et demi) et en 1887 le montrent en robe de gâteux; celle de 1890 devenu propre en pantalon, mais la figure obtuse; la dernière, celle de 1892 à l'âge de 14 ans, la physionomie est éveillée et souriante. Il se déshabille, s'habille se lave bien seul, la parole s'est notablement développée. Il reconnait les objets usuels et ce à quoi ils servent. Il connait les lettres et les chiffres, place bien les figures géométriques. L'attention est devenue bien plus facile à fixer. — Les résultats auraient été plus considérables s'il n'avait été transféré à la fin de 1885 à Clermont où il est resté un an pour revenir à Bicêtre ayant perdu ce qu'on lui avait appris et plus âgé, c'est-à-dire moins perfectible.

OBS. V. — IMBÉCILLITÉ PRONONCÉE; ÉPILEPSIE.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier, mort de phtisie. — Grand père paternel, mort probablement d'une congestion cérébrale. — Arrière grand-père paternel mort d'un coup de sang. Oncle parternel mort phtisique. — Mère morte d'une péritonite un an après une couche. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 7 ans.*

Chute avec perte de connaissance à 3 mois. — Évanouissements 3 jours après la naissance jusqu'à 15 mois. — Première dent à 12 mois. Gâtisme intermittent. — Parole limitée à quelques mots à l'entrée. Marche à 13 mois. — Turbulence. Grimpeur. — Clastomanie. — Parole développée et propreté vers 1882. Plaie du cuir chevelu dans un accès (*mars* 1883). — *Torticolis* (septembre). *Oreillons* (octobre 1885). — *Disparition des accès en février* 1885.

Duma... (Charles), né le 15 mars 1879.

La première *photographie* représente l'enfant en 1882, âgé de 3 ans, il est en robe de *gâteux*. Les photographies, prises successivement, la dernière en février 1892 mettent en évidence les progrès réalisés.

Son *cahier scolaire* a été ouvert en 1884, époque où il a commencé à tracer des bâtons au crayon. La dernière feuille de ce cahier montre qu'il sait mettre les noms au pluriel, faire

de petites dictées, l'addition, la soustraction et qu'il commence la multiplication, enfin que son écriture est très lisible.

OBS. VI.— IDIOTIE CONGÉNITALE PAR ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DES CIRCONVOLUTIONS.

SOMMAIRE. — *Père, quelques excès de boisson, eczéma. — Mère migraineuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de deux ans. — Sœur, morte de convulsions. — Conception durant l'ivresse. — Première dent à six mois, — Marche et parole nulles. — Gâtisme à l'entrée (3 ans). — Salacité. — Cris constants, plaintes des voisins. — Tentatives pour mordre ses frères et sœurs. — Balancement antéro-postérieur du tronc. — Préhension défectueuse: ne se sert pas de la cuiller. — N'aurait jamais eu de convulsions. — Amélioration très remarquable; développement de la marche, de la parole, etc.*

Dupu.. (Marius),né le 30 juillet 1881.

Sur ses *photographies*, vous le voyez en robe de gâteux en 1884, à l'âge de 3 ans; propre et en pantalon en 1885, à 4 ans; avec une tenue défectueuse et une physionomie encore obtuse en 1887; plus éveillé en 1889 et enfin, sur la photographie de juillet dernier avec une physionomie souriante et intelligente.

A l'entrée (1884): — Parole nulle, gâtisme, se sert assez bien de la cuiller; colère, jaloux, se jette par terre, frappe sa tête contre les murs et les portes, balance son corps d'avant en arrière, etc.

En 1892: — Parole libre, raisonnement assez développé, réponses précises, se déshabille, s'habille, se lave seul et convenablement. Sa tenue est bonne; il se sert bien de la cuiller de la fourchette et du couteau, lit couramment, écriture lisible et assez soignée, commence à faire quelques dictées, exécute quelques petites additions, soustractions, multiplications. Parfois, mauvais instincts, pique des aiguilles ou des clous dans le siège de ses camarades, est parfois paresseux.

OBS. VII. — IMBÉCILLITÉ SYMPTOMATIQUE.

SOMMAIRE. — *Père, plombier, excès de boisson, non satur*

nin(?). — Grand'père paternel, plombier, alcoolique. — Mère plus âgée de 4 ans que le père. — Grand'père maternel, excès de boisson. — Conception durant l'ivresse. Peur suivie de syncope au 9e mois de la grossesse. Asphyxie à la naissance. Première dent et marche à 14 mois. — Premières convulsions à un mois. Retour mensuel ou bi-mensuel des convulsions jusqu'à cinq ans. — Crises plus rares à partir de 5 ans. — Parole à six ans. — Gâtisme accidentel.

Laumail... (Gustave), né le 16 septembre 1878.

Sa première *photographie* prise en 1885, quand il avait 7 ans, le représente en gâteux. Il est devenu propre deux ans plus tard (deuxième photographie) ; sur les deux dernières photographies, la physionomie est beaucoup moins obtuse.

A l'entrée : Laum.... parle assez bien avec ses camarades, mais ne répond pas quand on l'interroge. La prononciation est très difficile ; il se sert seulement de la cuiller et de la main gauche ; il ne sait ni se laver, ni se vêtir, ni lacer, nouer ou boutonner ; il n'a aucune notion de la lecture, de la numération, de l'écriture, des couleurs, etc. ; il a commencé à être propre à 6 ans, mais d'une façon incomplète, car il lui arrive assez souvent d'avoir des selles et surtout des mictions involontaires la nuit.

Actuellement (1892) : — L.. parle assez bien, répond aux questions qu'on lui pose, dit les noms des personnes et des choses. mais la prononciation est défectueuse en ce sens qu'il serre les dents et ouvre peu la bouche. Il se sert de l'éponge pour se débarbouiller, mais doit être surveillé. Il est assez soigneux, conserve ses vêtements boutonnés, et ses souliers lacés, se tient bien à table, mange proprement, se sert de la cuiller et de la fourchette, mais ne peut encore se servir habilement du couteau. Il connait ses lettres, les nomme toutes sans se tromper, distingue les chiffres, place bien les couleurs, etc. En somme, amélioration très notable.

OBS VIII. — IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. — Grand-père paternel, alcoolique, mort du pylore. — Arrière grandpère paternel, alcoolique. — Mère et grand'mère maternelle migraineuses. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 7 ans. Pas de convulsions. — Parole nulle. — Impossibilité de se*

tenir debout. — Affaiblissement prédominant à la jambe gauche. — Gâtisme. — Tournoiement de la tête. — Balancement du tronc. — Première dent à 6 mois. — Grincement des dents. — Rougeole et coqueluche à 2 ans. — Amélioration considérable.

Mazi... Henri, 8 ans.

Il s'agit là d'un des microcéphales que nous avons montrés à l'une des séances du Congrès international de médecine mentale de 1889. Les premières *photographies* le représentent gâteux, assis ou tenu sur les genoux; puis devenu propre, en pantalon, et marchant. Voici la note qui figure dans les Comptes rendus du Congrès :

« *A son entrée* (3 décembre 1887), Mazi... était complètement « gâteux; il lui était impossible de se tenir debout. La jambe « gauche paraissait un peu plus faible que la droite. On notait « chez lui du tournoiement de la tête, des grincements de dents « et un balancement antéro-postérieur du tronc. La parole « est absolument nulle. Il crie et pleure une partie de la nuit; « il dort le matin. L'attention ne peut être fixée. La préhension « se fait assez bien; toutefois M... n'aide en rien pour s'habiller et se déshabiller et ne sait pas se servir de la cuiller. Il « est affectueux et reconnait ses parents.

« *Traitement* : exercer l'enfant à se tenir debout et à mar« cher; le placer sur le vase à des heures régulières; exerci« ces de la parole; sirop d'iodure de fer, huile de foie de « morue, bains salés. Bien que, de son entrée au mois d'août « de cette année, divers accidents aient entravé le traitement, « déjà nous avons obtenu chez cet enfant une amélioration « encore peu profonde, mais indubitable.

« L'enfant commence à se tenir sur ses jambes, ne gâte plus « que par moments, demande le vase. Il dit très bien : papa, « maman, çà y est, non, voilà. En nous appuyant sur ces résul« tats, nous pouvons espérer que dans un temps plus ou moins « long, l'enfant sera tout à fait propre, marchera et parlera. »

Nos prévisions se sont amplement réalisées. Le corps et la tête se sont développés ainsi que le démontre le tableau ci-après (p. 332).

De plus Mazi..., ainsi que nous l'avons dit à propos de ses photographies, est devenu tout à fait propre. Il marche, court et saute. La parole s'est notablement développée, il dit les

	1888		1889		1890		1891	1892
	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet
POIDS	6k.500	7k.900	7k.800	8k.400	9 k.	10.100	10.900	11.400
TAILLE	0.65	0.665	0.665	0.67	0.675	0.68	0.72	0.94

Mensurations de la tête :

	1888		1889	1890		1891		1892
	Janvier	Octo.	Septem	Janvier	Juillet	Juillet	Décem.	Juillet
Circonférence horizontale maxima	41	41.5	41.5	41.5	42	42.3	42.7	42
— bi-auriculaire	25	25.5	27	28	27	25	27	26.5
Distance de la racine du nez à l'articulation occipito-atloïdienne	30	31	31	31	29	27.5	29	31.5
Diamètre antéro-postérieur maxima	14.2	14.5	14.5	14.6	14.6	14.9	15	14.6
— bi-auriculaire	9	9	9.1	9.3	9.3	9.5	9	10
— bi-pariétal	10 1/2	10.8	11.2	11.3	11.2	11.4	11.4	11.6
Hauteur du front				0.04	0.04	4	4	3.5
Largeur du front				0.12	8.2	9.5	10	9.5

noms des personnes, des objets qui l'entourent, des différentes parties de son corps, prononce des phrases simples, commence à bien exécuter les exercices de la gymnastique Pichery.

Les documents qui composent cette seconde partie de notre communication me semblent de nature, Messieurs, à apporter la conviction dans vos esprits et à mettre hors de doute la supériorité du *traitement médico-pédagogique* de l'*idiotie* sur le *traitement chirurgical.* Il est à désirer que les chirurgiens qui ont pratiqué la crâniectomie fassent connaître, un an ou deux après l'opération, les améliorations survenues chez leurs malades et qu'ils présentent à l'appui des *photographies collectives* et des *cahiers scolaires* semblables aux nôtres.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

Hémisphère cérébral gauche; face externe.

(OBS. de Scheff.., p. 10-19).

F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.

FA, frontale ascendante.

PA, pariétale ascendante.

P^1, P^2, PC, lobes pariétaux supérieur et inférieur, pli courbe.

Lo, lobe occipital.

T^1, T^2, première et seconde temporales.

sr, sillon de Rolando.

ss, scissure de Sylvius.

PK, pseudo-kyste.



PLANCHE II.

(OBS. de Scheff..., p. 10-19).

Hémisphère cérébral gauche; face interne.

F^1, première frontale.
LP, lobule paracentral.
AC, avant-coin.
C, coin.
LTS, lobe temporo-sphénoïdal.
cc, corps calleux.
co, couche optique.
sr, sillon de Rolando.

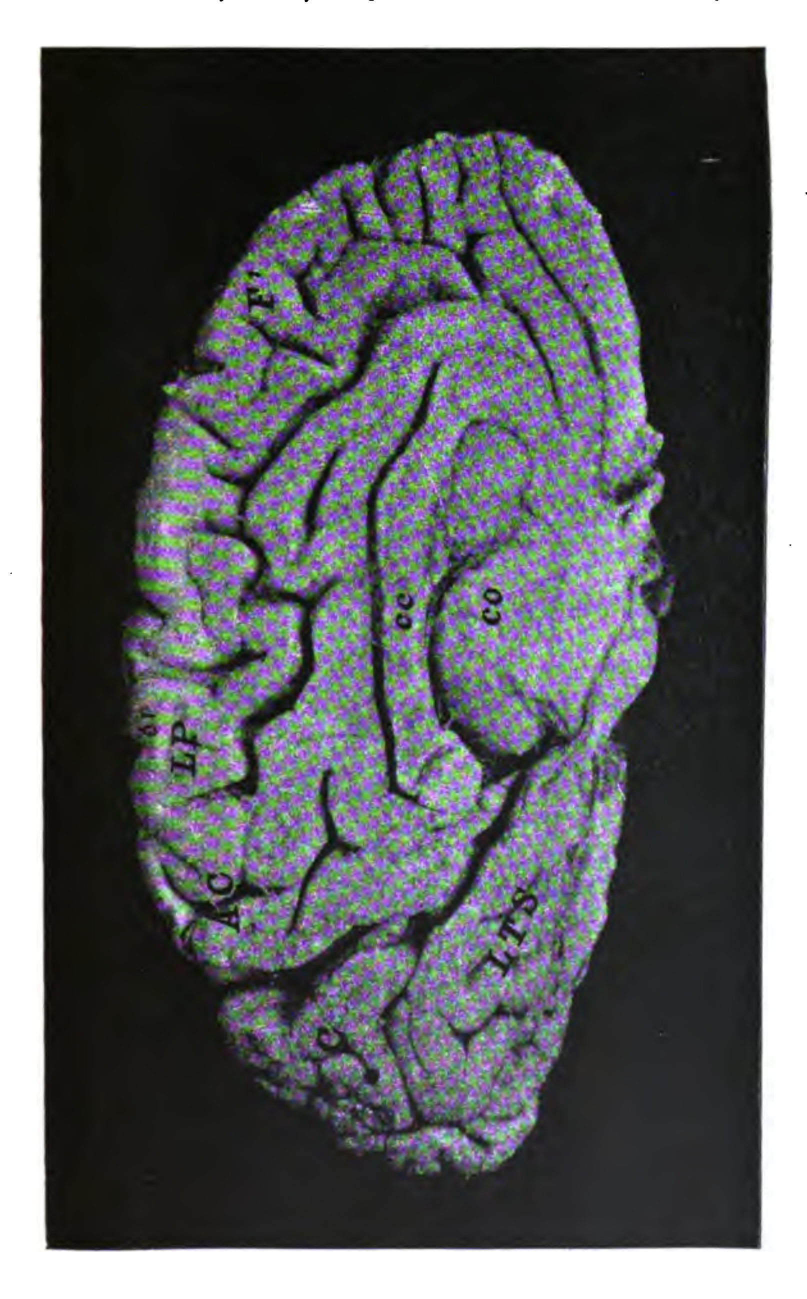

F'
cc
co
LP
AC
LTS
S

PLANCHE III.

(OBS. de Sal..., p. 22-30).

Hémisphère cérébral gauche; face externe.

F^1, F^2, F^3, première, seconde, troisième circonvolutions frontales.

FA, circonvolution frontale ascendante.

PA, circonvolution pariétale ascendante.

P^1, P^2, PC, lobes pariétaux supérieur et inférieur, pli courbe.

LO, lobe occipital.

T^1, T^2, T^3, première, seconde et troisième circonvolutions temporales.

LI, lobule de l'insula.

ss, scissure de Sylvius.

sr, sillon de Rolando.

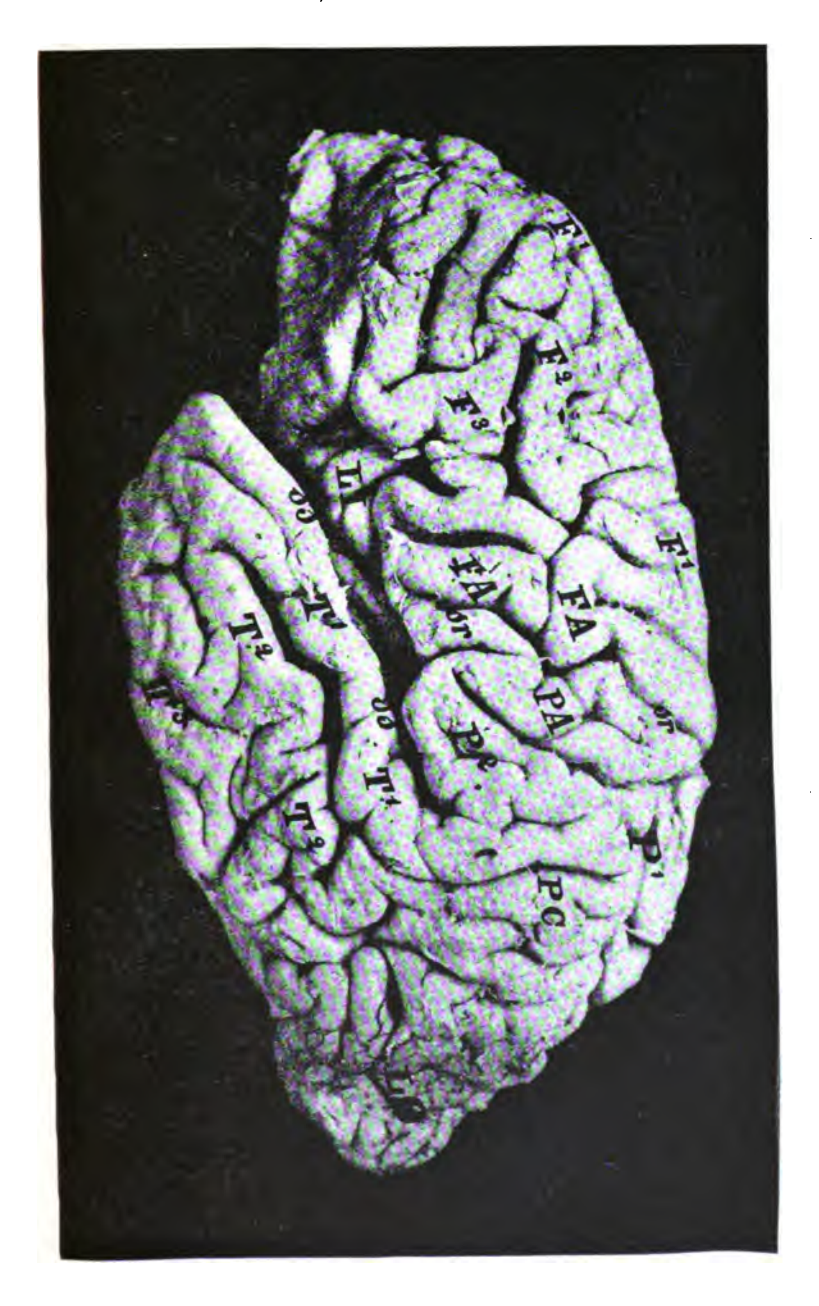

F¹
F²
F³
FA
FA
PA
PC
P¹
F¹
T¹
T²
T³
T²
T¹

PLANCHE IV.

(OBS. de Sal..., p. 22-30).

Hémisphère cérébral gauche; face interne.

F^1, première frontale.
LP, lobule paracentral.
AC, avant-coin.
C, coin.
Lo, lobe occipital.
T^3, troisième temporale.
CO, couche optique.
P, pédoncule.
SL, septum lucidum.
SPE, scissure perpendiculaire.
cc, corps calleux.
sr, sillon de Rolando.

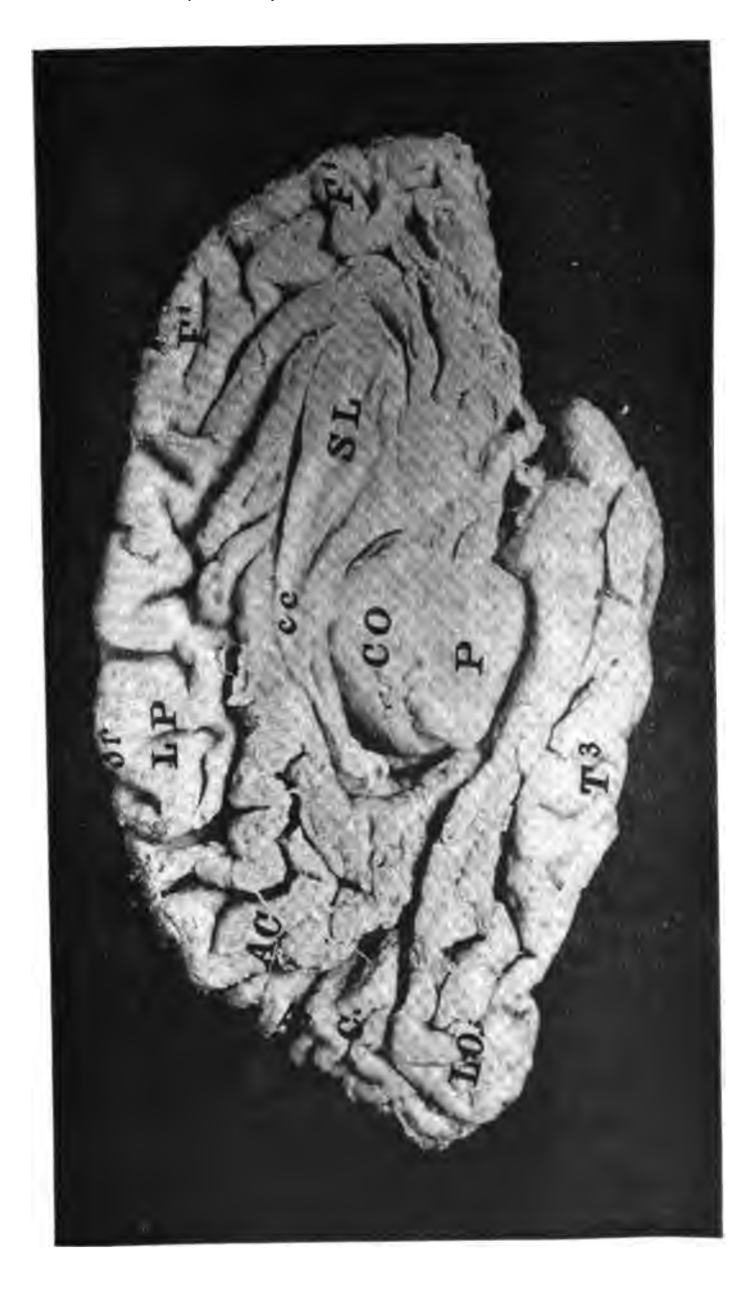

F¹
SL
cc
CO
P
LP
T³
AC
LO

PLANCHE V.

(OBS. de Sal..., p. 22-30).

Hémisphère cérébral droit; face externe.

F^1, F^2, F^3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.

FA, frontale ascendante.

PA, pariétale ascendante.

P^1, P^2; PC, lobes pariétaux supérieur et inférieur; pli courbe.

T^1, T^2, T^3, première, seconde et troisième circonvolutions temporales.

LO, lobe occipital,

ss, scissure de Sylvius.

sr, sillon de Rolando.

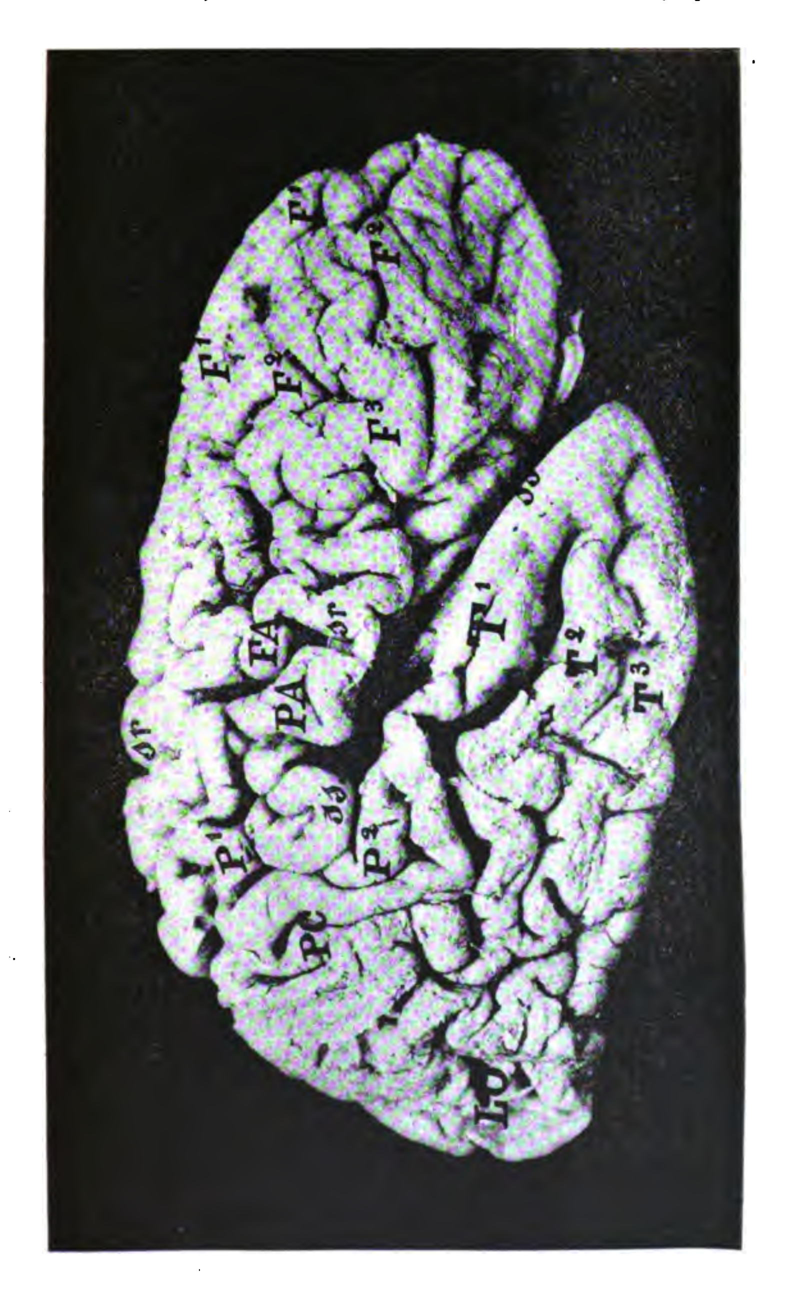


PLANCHE VI.

(OBS, de Sal.., p. 22-30).

Hémisphère cérébral droit; face interne.

F^1, première frontale.
LP, lobule paracentral.
AC, avant-coin.
C, coin.
T^3, troisième circonvolution temporale.
cc, corps calleux.
cs, corps strié.
co, couche optique.
P, pédoncule.
SPE, scissure perpendiculaire externe.
sr, sillon de Rolando.

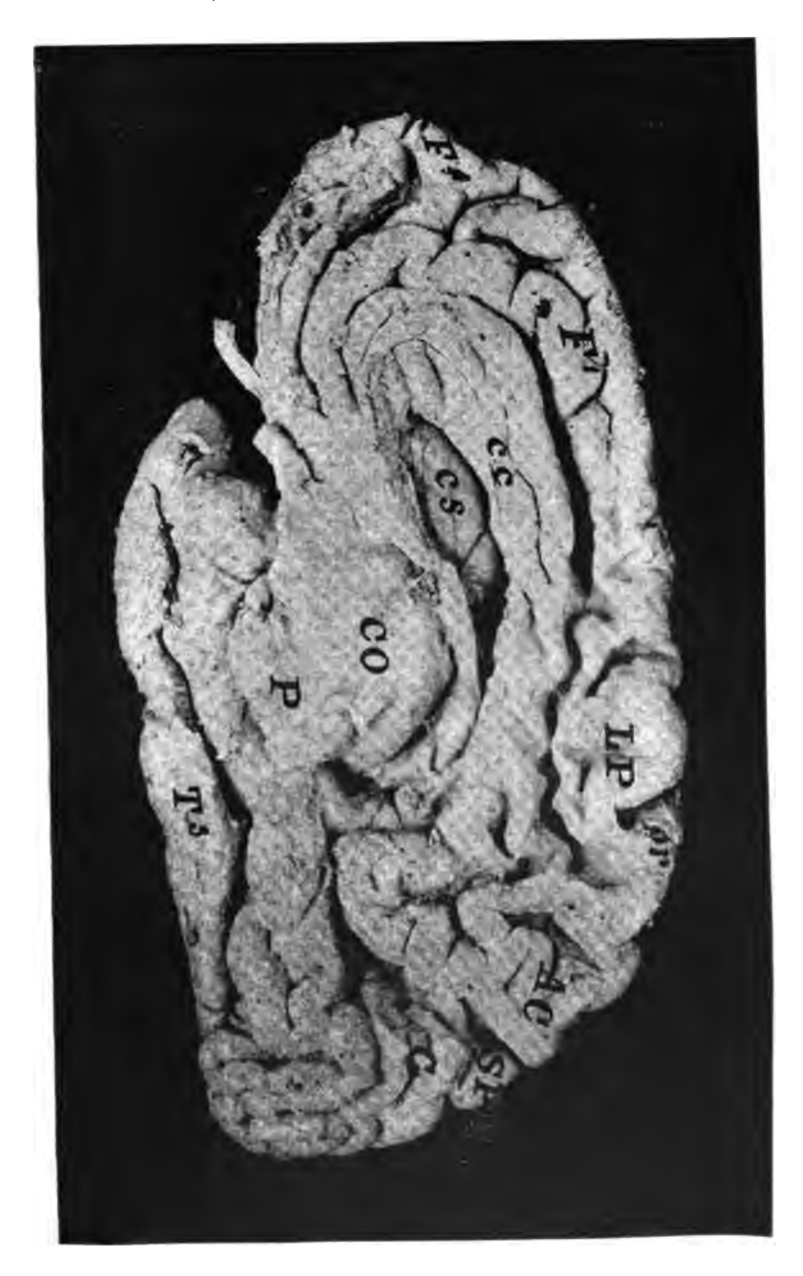

F¹
CC
CS
CO
P
LP
T³
AC

PLANCHE VII.

(OBS. de Le T..., p. 38-55).

Fig. 1. — Bâtons tracés par l'enfant à l'entrée (septembre 1882).

Fig. 2. — Son écriture à la fin de 1887.

Fig. 3. — Reproduit plusieurs additions et un spécimen de l'enfant en janvier 1890.

Fig. 4. — Addition, soustraction et multiplication, spécimen de l'écriture de l'enfant en décembre 1890.

Fig. 5. — Mêmes exercices en mai 1892. L'intelligence ayant baissé (voir p. 44), les chiffres et l'écriture sont devenus notablement plus imparfaits et montrent un recul.

[redacted]

combien coûterons 15 francs le kilogra…

7 3 5 2

6 5 3 4

Problème

Une perche de la longueur de 5
mètres est peinte en rouge
et en bleu la partie peinte

Fig. 5.

PLANCHE VIII.

(OBS. de Roq.., p. 88-96).

Hémisphère cérébral gauche; face supérieure.

LF, lobe frontal.
LO, lobe occipital.
Péd, pédoncule.
P, porus.


Péd.

PLANCHE IX.

(OBS. de Roc.., p. 88-96).

Hémisphère cérébral gauche; face externe.

F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.
LO, lobule occipital.
P, porus.
sr, sillon de Rolando.

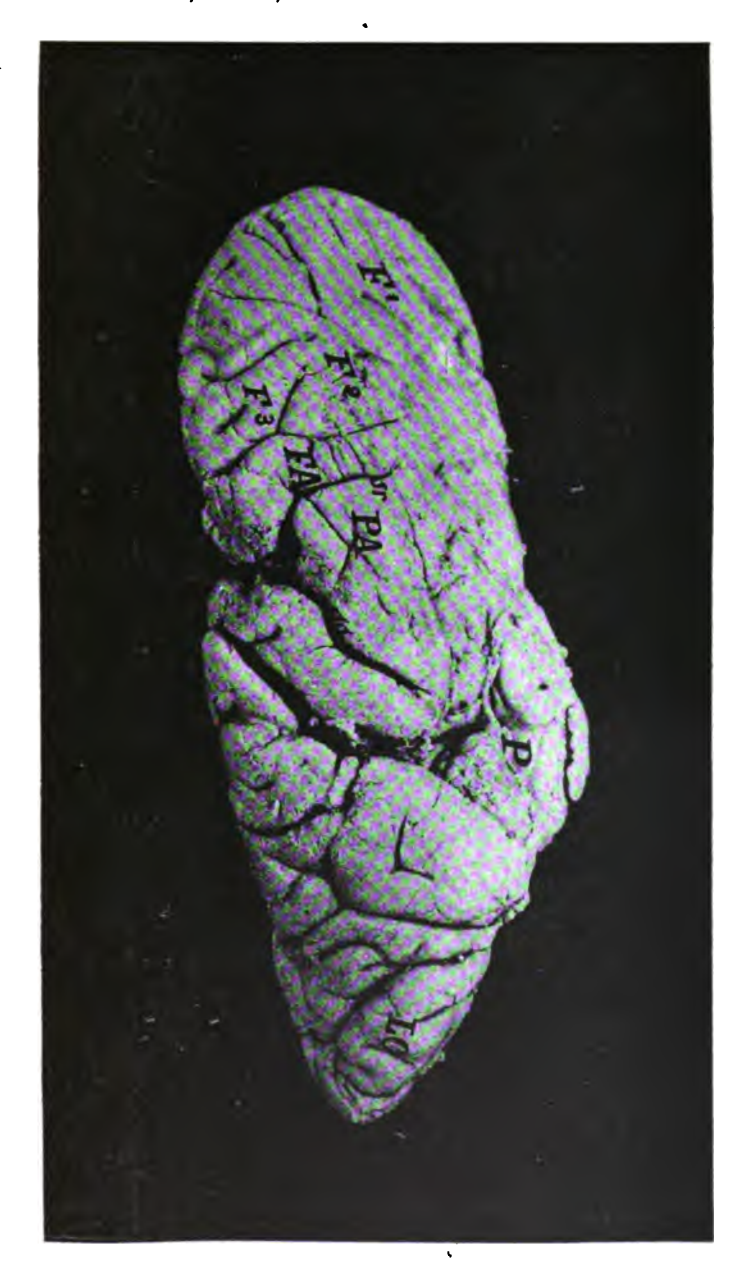

FA
PA
P

PLANCHE X.

(OBS. de Roc.., p. 88-96).

Hémisphère cérébral droit; face externe.

F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.
LP, lobe pariétal.
Lo, lobe occipital.
P, porus.
sr, sillon de Rolando.

BOURNEVILLE, *Bicêtre*, 1892. Pl. X.



PLANCHE XI.

(OBS. de Roc.., p. 88-96).

Hémisphère cérébral droit; face interne.

F[1]. première circonvolution frontale.
LP, lobe pariétal.
AC, avant-coin.
C, coin.
LTS, lobe temporo-sphénoïdal.
co, couche optique.
V, ventricule.
spe, scissure perpendiculaire externe.


LTS
AC

PLANCHE XII.

(OBS. de Hug.., p. 132-141).

Hémisphère cérébral gauche; face externe.

F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.

FA, frontale ascendante.

PA, pariétale ascendante.

P^1, P^2, PC, lobes pariétaux supérieur et inférieur, pli courbe.

T^1, T^2, T^3, première, seconde et troisième temporales.

LI, lobule de l'insula.

ss, scissure de Sylvius.

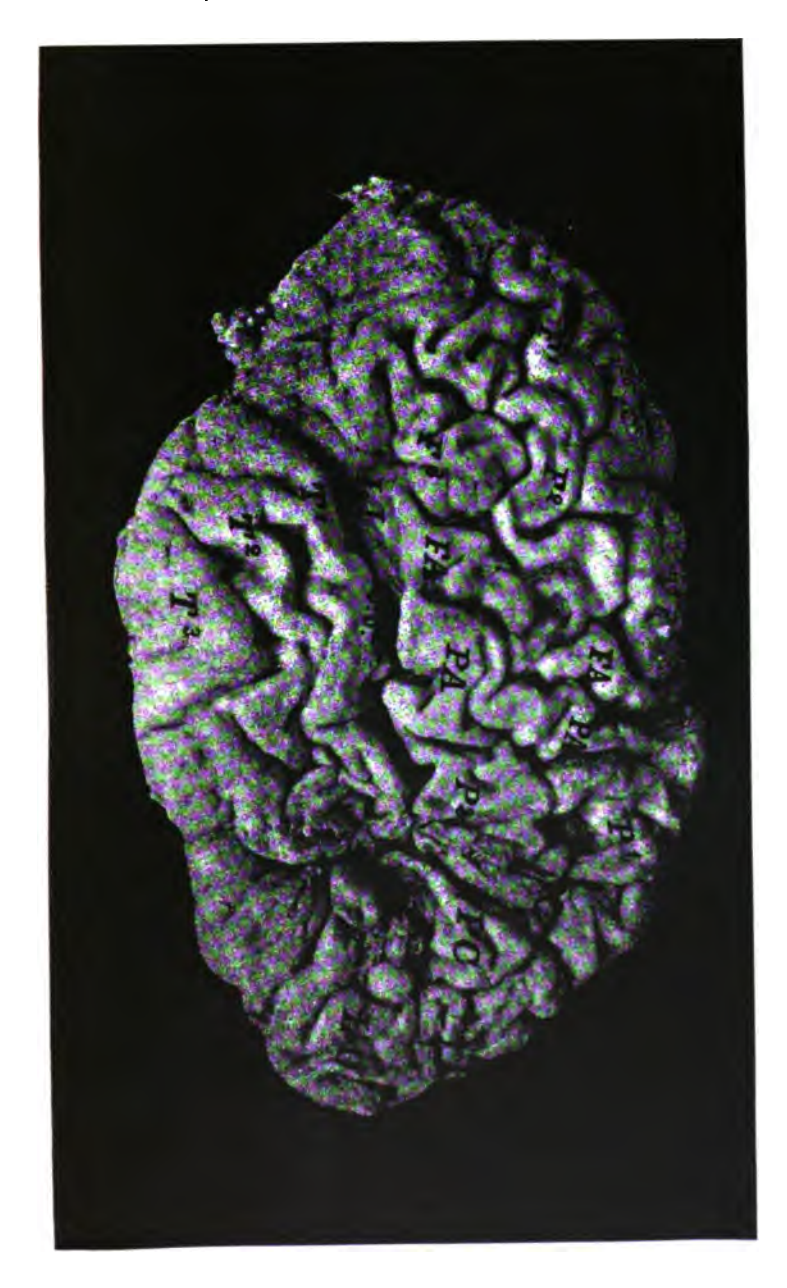


PLANCHE XIII.

(OBS. de Hug.., p. 132-141).

Hémisphère cérébral gauche; face interne.

F^1, première circonvolution frontale.
LP, lobule paracentral.
AC, avant-coin.
C, coin.
LTS, lobe temporo-sphénoïdal.
co, couche optique.
v, ventricule.
cc, corps calleux.


F'
F'
CO
C
LTS
LP
AC
C

PLANCHE XIV.

(OBS. de Hug.., p. 132-141).

Hémisphère cérébral drot; face interne.

F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.

FA, frontale ascendante.

PA, pariétale ascendante.

P^1, P^2, PC, lobes pariétaux supérieur, inférieur et pli courbe

Lo, lobe occipital.

T^1, T^2, T^3, première, seconde et troisième circonvolutions temporales.

LI, lobule de l'insula.

sr, sillon de Rolando.

ss, scissure de Sylvius.


F3
LI
FA
PA
P2
T1
T2
T3
PC
LO

PLANCHE XV.

Agrandissement de la fondation Vallée.

Ce schéma est destiné à donner une idée générale de la Fondation d'après le programme que nous avons élaboré (p. LXIII).

Pl. XV.

Isolement

Dortoirs

Dortoirs

Infirmerie

53m

Service des Morts

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

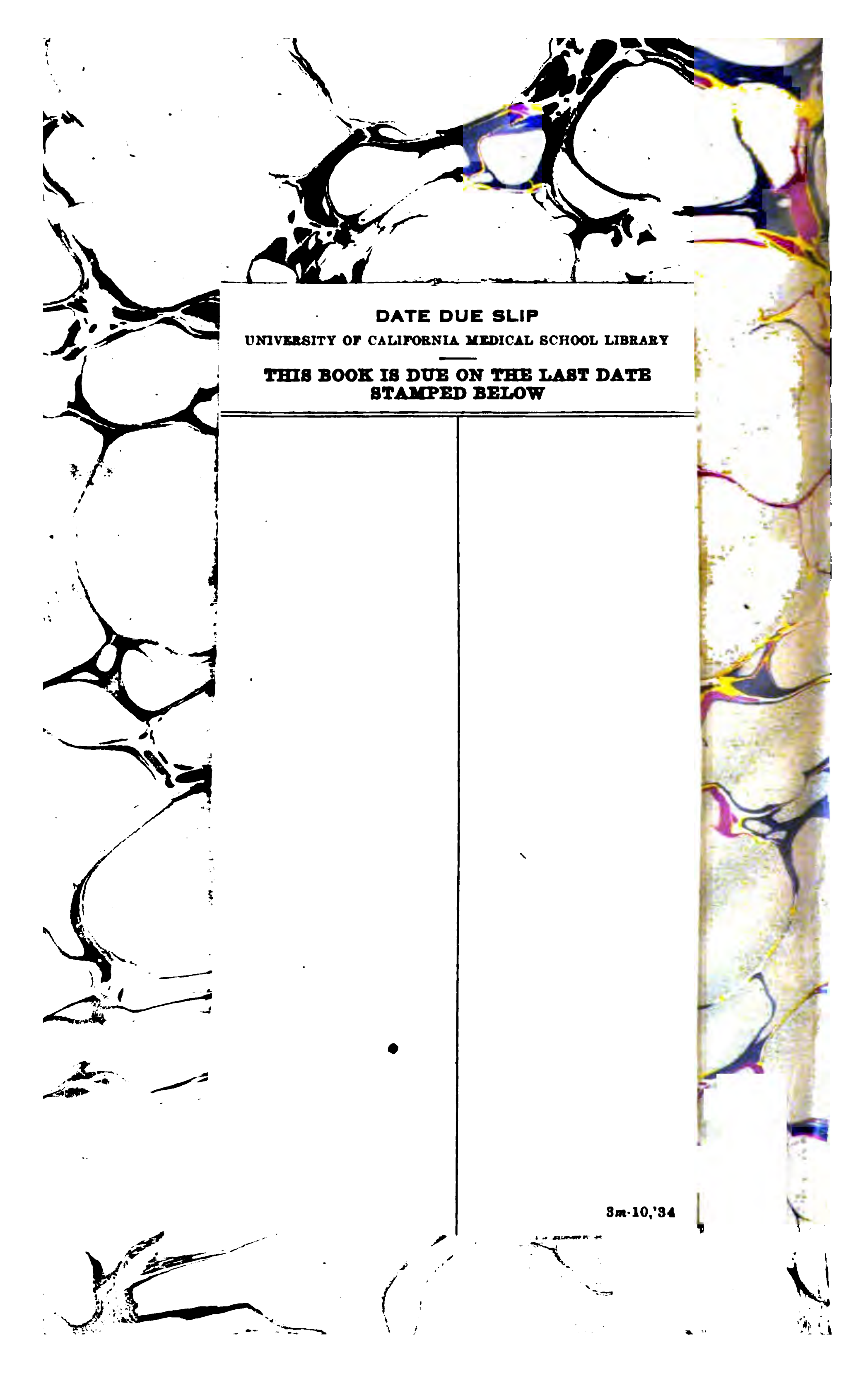
SECTION I : Bicêtre.

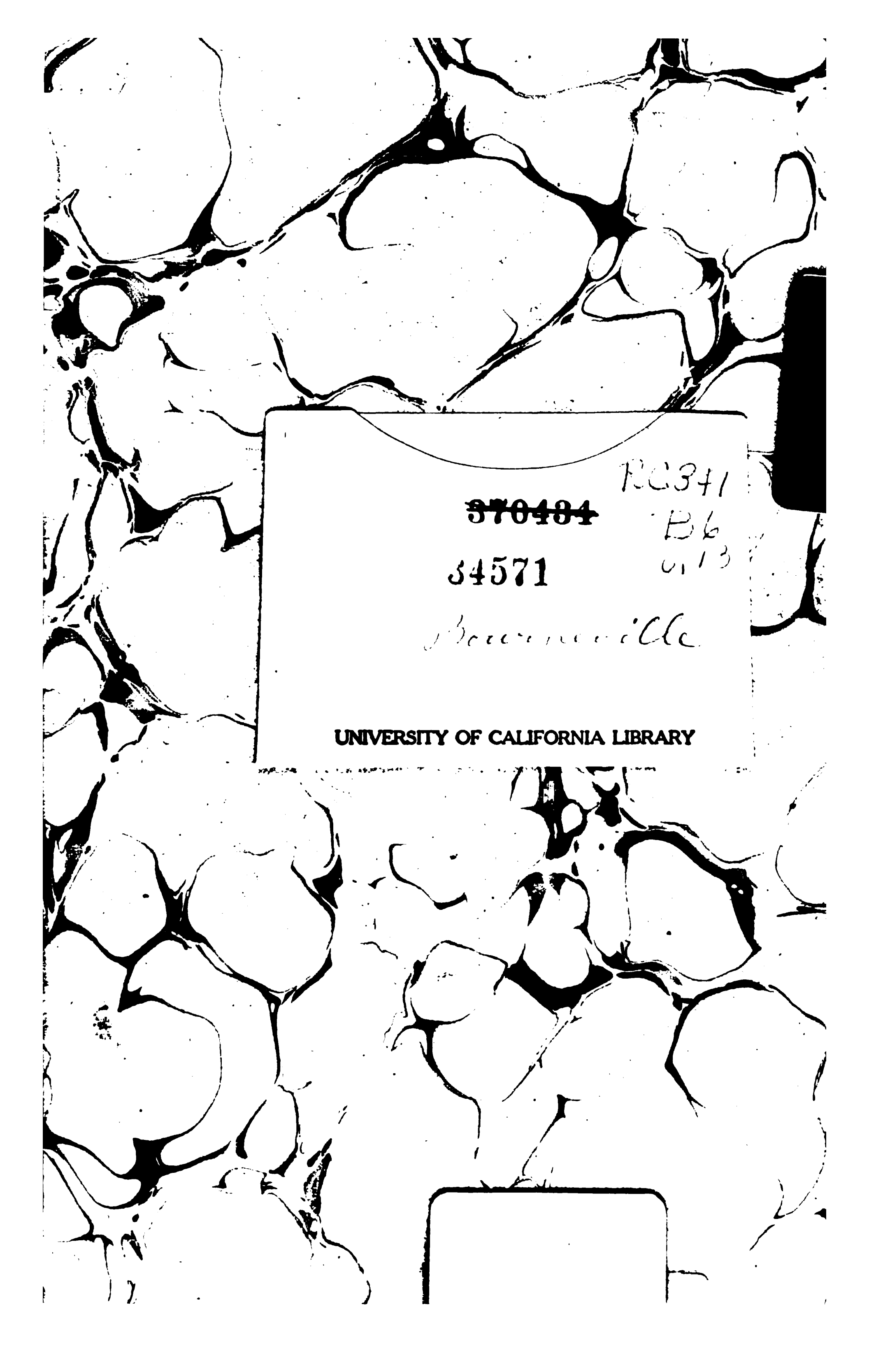
SECTION II : **Fondation Vallée.**

SECTION III : **Assistance des aliénés.**

DEUXIÈME PARTIE

Clinique et anatomie pathologique.




RC341
B6
v.13
370484
34571
Bourneville
UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY